

UNIVERSIDADE DE SOROCABA

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

CASSIA MARIA HILKNER SILVA

**SIGNIFICADO DE VELHICE E ENVELHECIMENTO PARA ALUNOS
DE ENFERMAGEM**

**Sorocaba/SP
2005**

Cassia Maria Hilkner Silva

**SIGNIFICADO DE VELHICE E ENVELHECIMENTO PARA ALUNOS
DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof^a. Dr^a Eliete Jussara Nogueira

**Sorocaba/SP
2005**

CASSIA MARIA HILKNER SILVA

**SIGNIFICADO DE VELHICE E ENVELHECIMENTO PARA ALUNOS
DE ENFERMAGEM**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, pela Banca Examinadora formada pelos seguintes Professores:

Ass. _____
Orientadora: Eliete Jussara Nogueira - Prof^a. Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas.

Ass: _____
1º Exam.: Maria Lúcia de Amorin Soares – Prof^a Doutora em Ciências: Geografia Humana pela Universidade de São Paulo.

Ass: _____
2º Exam.: Carla da Silva Santana – Prof^a. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo.

Sorocaba, 06 de dezembro de 2005

Dedico

Aos meus pais, José Carlos e Elisabeth, por todo esforço,

Aos meus filhos queridos, Henrique e Augusto, pelas presenças,
motivação e orgulho que me proporcionam,

Ao Leonardo, pelo companheirismo e cumplicidade.

À medida que o educador, enquanto educador, compreende a importância social do seu trabalho, a dimensão transformadora da sua ação, a importância social, cultural, coletiva e política de sua tarefa, o seu compromisso cresce.

Neidson Rodrigues

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Eliete Jussara Nogueira, por sua competência, disposição e confiança durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Às Professoras Doutoras Maria Lúcia de Amorim Soares e Carla da Silva Santana por suas importantes contribuições.

Aos alunos de Enfermagem da PUC-SP pela preciosa colaboração para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, pela visão de mundo que me proporcionaram.

Aos amigos, aqueles que me ajudaram direta e indiretamente.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar os significados de velhice e envelhecimento para alunos de enfermagem, usando a perspectiva teórica de curso de vida para reflexão. Perspectiva esta que proporciona mudanças de paradigma no processo de envelhecimento paralelamente ao processo de desenvolvimento. A enfermeira realiza o atendimento do paciente de acordo com a avaliação das queixas, dos sinais e sintomas e do exame físico: diagnóstico de enfermagem. Entretanto essa avaliação pode sofrer influências da percepção pessoal do profissional de enfermagem, o que pensa sobre determinados contextos, os mitos e ou preconceitos que se tem. Essas interpretações podem resultar em posturas inadequadas. Investigar e refletir sobre mitos e crenças que possam levar a discriminação é papel da educação. A pesquisa foi realizada com 133 alunos dos quatro anos do curso de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Centro de Ciências Médicas e Biológicas, utilizando um questionário com duas perguntas para a coleta dos dados. As respostas dos alunos sobre o 'significado de envelhecimento' foram relacionadas em três categorias: sabedoria, mudanças físicas e psicológicas e fase natural da vida. Quanto à pergunta sobre 'o que é uma pessoa velha', repetem-se às categorias acima e ainda estado de espírito. As respostas estão ligadas a mitos com relação à idade, positivos e negativos, com mais ênfase as perdas adquiridas na velhice. As diversas formas de interpretar a velhice e o envelhecimento estão vinculadas à cultura de cada sociedade e ao momento histórico que se vive. As crenças, costumes e significados, são construídos nas interações sociais ao longo de nossa história de vida e podem resultar em posturas e ações acerca desse processo.

Palavras-chave: ensino superior de enfermagem, significado de velhice, envelhecimento.

ABSTRACT

This study has the objective of identifying and to analyzing the meanings of the old age and aging to the nursing students, using the theoretical perspective of the course of life on reflection. This perspective provides changes in the paradigm in the aging process on parallel with the development process. The nurse performs the attendance to the patient according to the evaluation of the complaints, signs and symptoms, and the physical examination: nursing diagnosis. However, this evaluation may be influenced by the nurse's personal perception, the nurse's thoughts of certain contexts, myths or prejudices that everyone has. These interpretations can result in wrong attitudes. The role of the education is to investigate and to think over myths and beliefs that may lead to the discrimination. The survey was held with 133 students of the 4 years of the nursing course of the Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Centro de Ciências Médicas e Biológicas, by applying a questionnaire with two questions to gather the data. The answers of the study about the meaning of the aging were listed in three categories: knowledge, physical and psychological changes and natural phase of life. Concerning to the question about “what an old person is”, the same categories above are repeated and also the spirits. The answers related to the age are connected to myths, positive and negative, putting greater emphasis on the losses acquired in the aging. The different ways of interpreting the aging and old age are connected to the culture of each different society and also the historical moment. The beliefs, costumes and meanings are built in the social interactions during the history of our lives and may result in positions and actions about this process.

Key words: superior education of nursing, old age and aging meanings.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
1 CONHECENDO A PROFISSÃO ENFERMAGEM	06
1.1 A Formação em Enfermagem no Brasil e as Mudanças Ocorridas	09
1.2 A Escola de Enfermagem da PUC/SP e o Departamento	17
2 ENVELHECIMENTO E VELHICE.....	21
2.1 Teoria Life-Span	28
2.2 A Sociedade e o Idoso.....	31
3 QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE.....	37
3.1 Idoso e Doença é Diferente de Idoso Doente	42
3.2 O Complexo Processo do Cuidar do Idoso.....	49
3.3 Mitos e Estereótipos influenciando alunos.....	54
4 SIGNIFICADO DE VELHICE E ENVELHECIMENTO	66
4.1 Objetivo	66
4.2 Sujeito da pesquisa e local.....	66
4.3 Método.....	67
4.3.1 Material.....	67
4.3.2 Procedimento	67
4.4 Análise das respostas.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	88
ANEXO A - Gênero, estado civil.....	96
ANEXO B - Com quem mora e convive com idosos.....	97

ANEXO C - Onde convivem.....	98
ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba-PUC/SP.....	99
ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
ANEXO F - Questionário da Pesquisa.....	101

INTRODUÇÃO

Trabalhando em ambiente hospitalar, nos diversos setores, interagindo com pacientes de diferentes faixas etárias e histórias de vida, venho observando empiricamente as atitudes e posturas dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Com interesse não apenas nos processos de atuação e conhecimentos técnicos para o tratamento/convivência com pessoas hospitalizadas, mas também, nos processos de interação pessoal que permeiam as relações humanas, uma inquietação sobre o tratamento da pessoa idosa doente vem sendo por mim desenvolvida.

A enfermagem, de maneira geral, estabelece seu atendimento, de acordo com a avaliação do exame físico, do diagnóstico de enfermagem, das queixas e das “doenças”, e pode sofrer influências dos mitos e/ou preconceitos que se tem sobre idade, aqui, em específico, sobre o envelhecimento. As queixas dos pacientes idosos podem ser percebidas como natural da idade: “é natural que sinta dor, ele tem 80 anos!”, “não se preocupe, ele está confuso, já é velho”, “sempre reclama de tudo, é idoso” e outras interpretações que podem desvalorizar a sintomatologia real do paciente, interferindo no tratamento com qualidade.

O trato com o doente hospitalizado, considerando a situação atual brasileira, permeada por questões político-administrativas, pode induzir a posturas antiéticas, desumanas e, portanto, necessita de intensas pesquisas e ações. Atender às diversas necessidades individuais físicas e psico-espirituais, dentro do ambiente hospitalar, sempre foi um desafio, principalmente diante da diversidade cultural entre esses atores (cuidadores formais e pacientes), de suas histórias de vida, crenças, valores e culturas.

Atuando ao longo do tempo como enfermeira e também na área da Educação, como professora em vários cursos para formação de enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, isso despertou em mim o interesse em pesquisar o tema “Significado de

velhice e envelhecimento para alunos de enfermagem” uma vez que faço parte desse universo, como também, a responsabilidade para com a formação de profissionais de enfermagem.

Analisar como esses futuros profissionais de enfermagem interpretam o envelhecimento e a velhice, como percebem ou não a dicotomia entre a doença e idade avançada é o interesse desse presente estudo.

Na história da humanidade, as transformações sociais caracterizaram o redimensionamento na forma de vida dos grupos sociais, da família, do indivíduo os quais estabelecem valores, atitudes, e até mesmos sentimentos. A adaptação das pessoas às novas realidades, a flexibilidade para entendimento e mudanças de comportamento tornam-se indispensáveis frente a um fato irreversível: o envelhecimento populacional. No Brasil, como em outros países, o segmento idoso vem mostrando crescimento em ritmo acelerado.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial com características muito peculiares em cada país, dada a velocidade com que vem se instalando. O censo brasileiro (2000) aponta para uma cifra de 32 a 33 milhões de pessoas com mais de 60 anos no ano de 2025. Antes, denominado um *país de jovens*, hoje o Brasil já pode ser considerado um País estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Sendo assim, é fundamental que as pessoas em geral e os profissionais de saúde, em especial, compreendam o processo de envelhecimento e suas peculiaridades, de forma a direcionarem sua atuação profissional.

Sob a perspectiva da antropologia, o envelhecimento é um fato universal e natural dentro do ciclo biológico de vida (DEBERT,1994). Entretanto, a velhice como uma categoria socialmente produzida e já instalada no senso comum, traduz a imagem do idoso associado à improdutividade, dependência e doença. De acordo com Acosta-Orjuela (1999,

p.180), a televisão tem grande importância, assim como outros meios de comunicação, em relação à quantidade de informações que esses meios veiculam de “modelos de comportamento [...] estereotipados [...] sensacionalistas e seu impacto transcultural sobre valores, costumes e tradições...” e ainda, a influência das representações negativas no idoso, mesmo que indiretamente, quando valoriza em excesso o belo, o jovem, o forte.

O entendimento da velhice associado com declínio, deficiências intelectuais, mentais e emocionais, induz a conclusões e atitudes preconceituosas. A generalização, de que durante a fase da velhice existem somente perdas precisa, ser desmistificada.

Nosso objetivo, nesta dissertação é analisar o significado de envelhecimento e velhice, numa perspectiva teórica de curso de vida, em alunos de enfermagem, futuros profissionais que em seu cotidiano de trabalho, entre outras ações, estarão cuidando de pessoas: crianças, jovens, adultos e idosos.

Considerar as particularidades e dissociar a doença do velho: entender a diferença entre doença, idoso e idoso doente, deverá permitir a extinção/redução de mitos e estereótipos em relação aos mesmos, favorecendo mudanças significativas no processo de cuidar. A imagem positiva de velhice ameniza preconceitos, promove a humanização e incentiva atitudes que valorizam a individualidade em qualquer estágio da vida.

Generalizar as necessidades do idoso, através de uma concepção de que todo ‘velho é igual’ ou que ‘todo velho é doente’, gera posturas e ações não reflexivas, promovendo entre outros, discriminação relativa à idade com conseqüente piora da qualidade da vida na saúde dos idosos. São esses jovens alunos, a grande maioria, futuros profissionais, que prestarão atendimento aos idosos que necessitarem. Reconhecer a importância da interação entre gerações mais novas e mais velhas pode possibilitar mudanças positivas.

Romper com pressupostos que velhice é sinônimo de decadência, entender que a cada período da vida existem perdas e aquisições e estas são distintas em diferentes

contextos históricos, sociais e culturais, faz parte dos estudos desta dissertação.

Usaremos neste trabalho a perspectiva teórica life-span. Significa entender o desenvolvimento no curso de vida, do nascimento até a morte, analisando as potencialidades e limites do envelhecimento (o que se desenvolve, o que se mantém e o que se perde durante esse processo), rompendo com o paradigma organicista da psicologia do desenvolvimento.

A importância da educação, não apenas para estudantes e profissionais que cuidarão de seres humanos idosos, mas também para os próprios idosos e suas famílias parece ser uma saída para se trabalhar os estigmas que a sociedade insiste em assumir perante a velhice.

As transformações necessárias para a mudança social de atitudes devem ser previstas com uma educação planejada, direcionada e com base em um alicerce de equilíbrio dinâmico entre a sua imanência (o idoso diante de sua situação humana, do seu cotidiano, o que ocorre no seu círculo de vida privada, nos afazeres domésticos, nos hábitos, nas tradições culturais, enfim, na dimensão inevitável de limitações que marcam a vida) e sua transcendência (o fato do idoso mostrar toda a sua criatividade, capacidade de romper barreiras, de produzir). Essa é uma responsabilidade social e um direito de cidadania.

Esta dissertação foi organizada em capítulos, contendo: a Profissão Enfermagem e como se institucionalizou no Brasil a partir da década de 40; aborda a trajetória política da profissão ancorada em leis e as mudanças que ocorreram para a organização da Enfermagem na sociedade brasileira, até os dias atuais. Ainda nesse capítulo, a descrição sobre o curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina da cidade de Sorocaba, sua história, composição do corpo docente, estrutura curricular e objetivo do curso.

Os capítulos seguintes abordam o processo do envelhecimento, a compreensão histórica da saúde durante o envelhecimento e a velhice, qualidade de vida, bem como as

implicações sociais.

O capítulo final se refere à pesquisa de campo. Foi descrito sobre as categorias que se evidenciaram, bem como a análise e discussão das mesmas e as diferentes interpretações e significados sobre o envelhecimento e a pessoa velha, identificando crenças e mitos nas respostas dos alunos de enfermagem.

1 CONHECENDO A PROFISSÃO ENFERMAGEM

A profissão Enfermagem surgiu através do desenvolvimento e da evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. Essas práticas eram instintivas sendo as primeiras formas de prestação de assistência ao “ser humano doente”. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando, na sua origem, associadas ao trabalho feminino, um aprendizado que passava de mães para filhas o conhecimento de saberes populares, como por exemplo, a prática domiciliar de partos, tendo como pano-de-fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Ao homem destinava-se a função de provedor, cabendo a ele fornecer condições materiais, a tomada de decisões e “as tarefas relacionadas às atividades instrumentais da vida diária” (SANTOS, 2003, p.14). Entretanto, como o domínio dos meios de cura passou a significar poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder, apoderou-se dele.

No período Pré-Cristão as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do Demônio; por isso, enfermos recorriam aos sacerdotes. O tratamento consistia em afastar os maus espíritos através de banhos, massagens e de sacrifícios. As práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas, desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos.

Eram variadas as concepções acerca do funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças, concepções essas que, por muito tempo, marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde. O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam em estreita ligação com seus mestres, formando as famílias, que serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas. Esse período, correspondente à fase de empirismo, ocorre por volta do século V a.C. Essas

ações permaneceram por muitos séculos desenvolvidas nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Posteriormente, os sacerdotes adquiriram conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes a função de Enfermeiros e Farmacêuticos. Mais tarde, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar, no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa. No Egito, praticava-se o hipnotismo. Na Assíria, a medicina era praticada através da magia. Na Grécia, os médicos conheciam os sedativos, fortificantes, ossos, circulação e faziam ataduras.

De acordo com Prazeres e Mozer (1994, p.6), a “história da enfermagem e da medicina primitiva tem sua ligação com a religiosidade desde os deuses da mitologia grega até nossos dias.” É uma profissão que se desenvolveu com o passar dos séculos, com sentido da abnegação, espírito de serviço, obediência e outros atributos que davam à enfermagem uma conotação de sacerdócio e não da prática profissional.

Com a difusão do Cristianismo, apóstolos e diáconos assumem os cuidados dos doentes e assistência aos pobres como expressão de fé. É uma etapa da enfermagem Ideal Cristã (PRAZERES e MOZER, 1994).

O período medieval, compreendido entre os séculos V e XIII, corresponde ao aparecimento da enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos. Foi um período que deixou instituído uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à enfermagem.

Apesar das dificuldades que as pioneiras da enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, as escolas se espalharam pelo mundo, a partir da Inglaterra. A Escola Nightingale de Enfermagem foi fundada em 09 de julho de 1860, junto ao Hospital Santo Thomas, em Londres (PRAZERES

e MOZER,1994).

No período de 10 anos outras escolas foram fundadas e a “Nova Enfermagem” se expandia pela Inglaterra, América do Norte e outros países. Deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale que a definia como “vocação e arte”, baseada em quatro idéias-chave:

- 1- O treinamento de enfermeiras deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino e ser mantido pelo dinheiro público.
- 2- As escolas de treinamento deveriam ter uma estreita associação com os hospitais, mas manter sua independência financeira e administrativa.
- 3- Enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino no lugar de pessoas não envolvidas em Enfermagem.
- 4- As estudantes deveriam, durante o período de treinamento, ter residência à disposição, que lhes oferecesse ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital.

Em 1879, na Inglaterra, os hospitais foram obrigados a funcionar apenas com enfermeiras qualificadas, imprimindo um novo sentido ao ideal de Enfermagem. Esta, que antes fazia parte de um cenário vinculado à prestação de cuidados informais e conforto espiritual (conotação de vocação e arte), com um número restrito de praticantes, profissionalizou-se e passou a fazer parte no mercado de trabalho, agora, como profissão e ciência.

1.1 A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL E AS MUDANÇAS OCORRIDAS

As práticas das ações de saúde sempre existiram desde as mais antigas sociedades. No Brasil, antes da colonização, os praticantes da assistência à saúde eram os indígenas. O pajé, entre outras atribuições, tinha a incumbência de promover a saúde através da “cura” dos índios de sua tribo.

De acordo com Gardenal (1996), a organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira propriamente dita começa no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como base na prestação de cuidados aos doentes, realizada inicialmente por pessoas interessadas nessa prática. Passaram a fazer parte da assistência à saúde: físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, anatômicos, curandeiros, curiosos, práticos e mães. Alguns aprendizes adquiriam experiência com a prática e o passar do tempo, e, independentemente de habilitação profissional, passavam a exercer ações de saúde nas comunidades que viviam. O reconhecimento social estava vinculado aos sucessos e insucessos obtidos no exercício desta prática (PIRES, 1989). Desses praticantes na área de saúde aparecem os precursores da medicina, farmácia e enfermagem.

O atendimento e o cuidado prestados aos enfermos eram realizados na maioria das vezes dentro da própria casa, tarefa esta designada à figura materna. Na família colonial, os doentes eram cuidados por escravos treinados para esse fim, e as parteiras¹ exerciam atividades de maneira caridosa e autônoma.

¹ De acordo com Gardenal (1996), o ofício de parteira foi o primeiro a ser institucionalizado a partir do curso de formação de parteiras em 1832, atrelada às Escolas ou Faculdades Médicas da cidade do Rio de Janeiro e Bahia. Nasce a profissão de parteira, portanto, como profissão subordinada e auxiliar do grupo médico, perdendo a independência e autonomia conquistada quando era exercente das práticas específicas da área. (Gardenal, 1996,p.27).

Do século XVI até meados do século XX, os praticantes das ações de saúde eram do gênero masculino. O país nessa época era bastante desprovido de pessoas habilitadas para o exercício profissional. Dentro de um modelo religioso, parte dessa atividade era exercida por homens pertencentes a ordens militares ou religiosas, com poder aquisitivo. Desempenhavam grande parte dos serviços de enfermagem e outra parte era exercida por mulheres religiosas que trabalhavam para a igreja, com caráter caritativo.

A partir do século XVIII, no Brasil, surge um certo perfil das atividades de trabalho designado como de enfermagem (PIRES,1989). Em 1859 os conceitos emitidos por Florence Nightingale² deixam claro esta posição.

Em 1890, na transição entre o período Imperial e Primeira República, o Brasil contava com poucos profissionais existentes na área médica. Estes começaram a ganhar prestígio e se aproximar do poder, após a Proclamação da República. No século XIX, acontece o reconhecimento da medicina como profissão e os médicos como seus legítimos representantes e controladores do processo de trabalho na saúde. Passam a delegar parte do trabalho como aplicação de medicamentos e os cuidados básicos dos doentes em nível institucional, as irmãs enfermeiras ou a leigos treinados, conquistando assim seu papel de gerenciador (GARDENAL, 1996).

Esses trabalhos que até então eram independentes e autônomos, passam a ser delegados e gerenciados pelos médicos, gerando conflitos que até hoje são identificados na

² Florence Nightingale nasceu em Florença em 12 de maio de 1820 Em 1854, seguiu para a guerra da Criméia, instalou em dois hospitais o seu serviço, prestando atendimento a 4.000 feridos. Ficou conhecida como a dama da lamparina, pois era com uma lamparina na mão que ela percorria as enfermarias à noite. Após formar-se por uma instituição protestante de Kaiserweth, Alemanha, transferiu-se para Londres, onde passou a trabalhar como superintendente de um hospital de caridade. Florence não conhecia o conceito de contato por microorganismos, uma vez que este ainda não tinha sido descoberto, porém já acreditava em um meticuloso cuidado quanto à limpeza do ambiente e pessoal, ar fresco e boa iluminação, calor adequado, boa nutrição e repouso, com manutenção do vigor do paciente para a cura. Durante a guerra da Criméia, entre 1854 e 1856, integrou o corpo de enfermagem britânico em Scutari, Turquia. Fundou em 1860 a primeira escola de enfermagem do mundo. Em 1901, completamente cega, parou de trabalhar. Morreu em Londres, em 13 de agosto de 1910 (www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm).

prática dos profissionais de saúde: controle médico se sobrepondo à enfermagem, mando “versus” submissão.

Nesse mesmo ano acontece a criação da “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras”, pelo Decreto nº 791 de 1890. Os motivos justificados pelos profissionais médicos para a instalação dessa escola baseavam-se em “formar um corpo de novos profissionais enfermeiros e enfermeiras, através de uma escola que, obviamente, seria controlada por eles, dando continuidade à institucionalização do poder médico” (GARDENAL, 1996, p.30). Em 1921, essa escola passa-se a chamar Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

Outras escolas continuaram a surgir, cada qual com seus interesses. Em 1901, em São Paulo, o curso de enfermagem instalado no Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano, foi fundado para preparação de pessoal para essa instituição. Em 1916, surge a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, com objetivo de formar enfermeiras para a assistência do tipo caritativa e para formar voluntárias para as emergências da guerra, filosofia que marcava a instituição Cruz Vermelha³. Em 1921, surge o curso de formação de enfermeiros do Exército, com objetivo de formar profissionais na área de enfermagem para trabalhar nos hospitais militares existentes no Brasil desde o século XVII (PIRES, 1989). Em 1920, foi criado no Brasil o Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de organizar o serviço sanitário no país. Neste contexto, surge em 1923, segundo o modelo Nightingaliano, a Escola de Enfermagem, Escola Anna Nery.

Esses cursos, na época, foram reconhecidos pelo governo e podemos considerá-los como os precursores do ensino de enfermagem no país, mesmo que sempre atrelados a

³A Cruz Vermelha Brasileira foi organizada e instalada no Brasil em fins de 1908, tendo como primeiro presidente o médico Oswaldo Cruz. Destacou-se a Cruz Vermelha Brasileira por sua atuação durante a I Guerra Mundial (1914-1918). Durante a epidemia de gripe espanhola (1918), colaborou na organização de postos de socorro, hospitalizando doentes e enviando socorristas a diversas instituições hospitalares e a domicílio. Atuou

razões particulares (instituições encarregadas de assistência a pacientes psiquiátricos, marginalizados e desprotegidos na sociedade, funcionários do exército), procurando um melhor preparo de pessoal para o exercício de enfermagem.

No início do século XX, com o aumento da população, o fim do trabalho escravo e o surgimento do trabalho assalariado, somente a categoria médica não era suficiente para arcar com o crescimento do país. Dentro da área da saúde isso significava criar normas para formação do exercício da prática daqueles que até o momento exerciam ações de saúde de forma independente e empírica. O Brasil enfrentava também, no início deste século, sérios problemas com doenças que atingiam a população como: cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e as doenças em massa como tuberculose, lepra e febre tifóide. Os governantes necessitavam de medidas sanitárias que controlassem rapidamente o surto de doenças, ameaçadoras também à afirmação do Brasil frente ao comércio internacional.

O currículo para a formação dos enfermeiros nasce para atender aos interesses políticos e econômicos hegemônicos. No período de 1923 a 1945, enfatizava-se a área da saúde pública, entendida como combate às epidemias que prejudicassem o comércio exterior, restrita às principais áreas portuárias do país, atendendo às metas governamentais e ao mercado de trabalho da época.

Conforme Gardenal (1996, p.40), a década de 40 “determina a primeira fase de expansão das escolas de enfermagem [...] fato consonante ao momento histórico social que vivia o Brasil”. Por um lado, com a Reorganização do Ministério da Educação e Saúde, o Departamento Nacional de Saúde passou a incorporar vários serviços de combate a endemias, institucionalizando campanhas sanitárias e assumindo o controle da formação de

também socorrendo vítimas das inundações, nos Estados de Sergipe e Bahia, e as secas do Nordeste. (www.cvb.org.br), (agosto de 2005).

técnicos da saúde.

Por outro lado, o governo investe no setor saúde, criando o sistema previdenciário, assistência médica dirigida ao atendimento curativo da classe operária. Com o início da industrialização e urbanização brasileira, surge a necessidade de proteger a população produtiva, o que veio a exigir a prestação de assistência médica individual, priorizando a prática hospitalar e a necessidade de pessoal de enfermagem qualificado para atender esta demanda. Esta situação colaborou com a expansão do número de Escolas de Enfermagem. Surgem em 1949 os cursos de auxiliar de enfermagem, pois até esse período, os cursos existentes para a formação de profissionais de enfermagem se resumiam em uma única categoria, a de enfermeiros. Havia necessidade de uma força de trabalho qualificada para suprir esse mercado, agora direcionado ao setor hospitalar. O ensino da enfermagem ocupava um novo cenário tendo como bandeira o enfoque do modelo curativo (assistência médica dirigida ao atendimento da classe operária com interesse em assegurar a produtividade no setor industrial), hospitalar e privativo da saúde (rede empresarial lucrativa que atendia aos interesses do capitalismo).

As mudanças na saúde que se baseavam no poder econômico, passam a necessitar de uma força de trabalho qualificado, a enfermagem começa, então, a se evidenciar para atender a política que se instalava.

Na década de 50, ainda que houvesse a organização do ensino de enfermagem em dois níveis, continuava a escassez desses profissionais. Existia ainda uma grande quantidade de trabalhadores nessa área não qualificados, detectados pela Associação Brasileira de Enfermagem entre 1957 e 1958. Entretanto, continuava a expansão das escolas de enfermagem. Havia no final dessa década, 39 escolas de enfermagem e 67 de auxiliares no Brasil. Uma expansão significativa dos cursos, principalmente os de auxiliares de enfermagem, por se um “profissional importante para o sistema capitalista

vigente: pessoal qualificado no nível desejado, curso breve para sua preparação e mão-de-obra com custo razoável para atender a rede hospitalar” (GARDENAL, 1996).

No início dessa década, surge a “Escola de Enfermagem Coração de Maria”, em Sorocaba, da Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Na década de 60, a Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica /SP, “campus” Sorocaba (antiga Escola de Enfermagem Coração de Maria) inicia seus trabalhos sob o amparo da lei nº775/49, ocupando o cenário do ensino de 3º grau. Em 1961, “elevou-se à exigência dos candidatos ao Curso de Enfermagem” (GARDENAL, 1996, p.46), passando o profissional enfermeiro a situar-se no mesmo nível dos demais profissionais de nível universitário do país. Paralelamente, a hegemonia da assistência curativa se faz presente, “enquanto a política econômica de 64 provoca concentrações de renda e determina a multiplicação de serviços privados na área da saúde, com destaque para o serviço hospitalar” (MELLO, 1976, p.71). Outro reflexo dessa política é que com a “sofisticação da atenção médica especialmente dirigida ao setor privado, passou a exigir mais habilidades diferenciadas dos trabalhadores da saúde...” (MELLO, 1986, p.71).

A expansão das empresas médicas privadas e também do mercado consumidor de medicamentos e equipamentos vem consolidar as ações curativas em detrimento da atenção preventiva, marcando esse período entre fins da década de 1950 e início dos anos 70 a fortificação do hospital como centro da atenção médica no Brasil. Para tal, a formação de nível sub-profissional na área de saúde era necessária para contribuir com o progresso da Nação.

Em 1966 é homologado o projeto lei nº 3082/57 pelo Presidente da República que estipulava três níveis de formação na área de enfermagem: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem.

Conforme Gardenal (1996), existia a disposição dos enfermeiros em estar apoiando os interesses do capital e da política de saúde. E como o mais preparado da equipe, verificava-se uma acentuada hegemonia deste em relação aos demais”.

Na década de 70, com a contribuição das Ciências Sociais, passa-se à compreensão da saúde do ponto de vista da determinação social e da crítica do papel do estado, culminando com reflexões novas na área da saúde e estas perpassam também à categoria de enfermagem.

Em 1972 é aprovado o parecer 163/72 do CFE, regulamentado pela resolução 04/72, estabelecendo um novo currículo mínimo dividido em ciclo pré-profissional, tronco profissional comum e três diferentes habilitações (Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Saúde Pública), privilegiando sobretudo o ensino centrado no modelo médico de assistência hospitalar.

Ainda nessa década, foi aprovada a nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEP) após tramitação de dez anos no Congresso Nacional.

O setor hospitalar absorve 80% de cada uma das categorias de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares). O setor saúde mantinha-se consolidado pelo modelo curativo, privatista e hospitalar e a saúde pública com caráter preventivo mantinha-se em declínio. Em 1974 a crise do sistema capitalista gera graves repercussões para os países dependentes. O Brasil, com problemas de ordem econômica e política no setor saúde, visando ampliação de suas bases sociais e atendendo reivindicações populares, se reestrutura, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75).

Nessa década, surgem os Sindicatos dos Enfermeiros, a criação do Conselho Federal e Regionais de Enfermagem pela lei nº 5.905/73, crescimento do número de escolas de enfermagem e o investimento no capital humano, com a atenção prioritária para a Saúde e a Educação e ainda a Constituição do serviço Nacional de saúde para as ações preventivas

e a criação do Ministério da Previdência Social para as ações curativas.

A década de 80 é caracterizada pela crise do ensino de enfermagem de 3º grau. Em 1983, o Brasil atravessava a recessão econômica com piora das condições de vida da população, acentuação da pobreza e como consequência da saúde, o aumento significativo do desemprego, com reflexo também na categoria de Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aponta índices de subemprego e desemprego de técnicos de enfermagem e enfermeiros entre 1982 e 1983.

O setor saúde, para reorganizar-se, passou do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) ao Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), objetivando reorganização da previdência. Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS): regionalizado, hierarquizado, igualitário e de acesso universal a toda a população. Dentre os princípios estabelecidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde deve ser ampliado, considerando, não somente a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, mas todas as condições sociais (garantia de emprego, moradia, educação, alimentação, etc), que permitam a população brasileira melhores condições de vida, em consequência, mais saúde.

Nessa década, foi aprovada, após seis anos de luta da categoria, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86, o que na análise feita pela Comissão de Legislação da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), conforme o Caderno de Legislação/Documento I, Brasília, 1987, apontou pontos positivos para a categoria dos enfermeiros: participação da enfermagem no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e nos planos assistenciais de saúde, incluída a consulta e a auditoria de enfermagem. Também a necessidade de um órgão de enfermagem na estrutura básica de todas as instituições de saúde, sob direção de enfermeiros; com obrigatoriedade de

habilitação legal e registro no Conselho (COREN/COFEN) para exercício da enfermagem; reconhecimento legal do técnico de enfermagem; reconhecimento da autonomia técnica do enfermeiro para exercício da enfermagem nas instituições de saúde e para o exercício liberal da profissão; obrigatoriedade de registro das instituições privadas de prestação de serviços de saúde e de ensino nos Conselhos de Enfermagem (COREN) e a definição do prazo de dez anos para a profissionalização dos atendentes de enfermagem.

Advêm desse conjunto de movimentos, estudos e eventos, culminando num processo histórico de uma proposta nacional de currículo mínimo para a formação do enfermeiro. Esse processo esteve sob a coordenação da Comissão de Educação (CE) da ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), Comissão de Especialistas da Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura (SESU/MEC).

Conseqüentemente, intensificaram-se as discussões da comunidade de Enfermagem em nível regional e nacional que apontava para uma estrutura curricular sinalizando alguns avanços em relação ao processo de formação do profissional enfermeiro, através da reorientação do ensino de Enfermagem tecnicista e curativo para generalista preventista.

1.2 A ESCOLA DE ENFERMAGEM DA PUC/SP E SEU DEPARTAMENTO

De acordo com Carneiro (1999), a Escola de Enfermagem de Sorocaba surge um ano após a fundação da Faculdade de Medicina desta cidade, no ano de 1950.

A Faculdade de Medicina nasceu do sonho do médico Dr. Gualberto Moreira que, ao se eleger prefeito da cidade em 1947, em parceria com o padre André Pieroni Sobrinho, começou a articular a criação da faculdade buscando apoio político, empresarial e da igreja.

Havia na cidade de Sorocaba um grande grupo industrial, a S/A Indústrias Votorantin, presidida pelo empresário Dr. José Ermírio de Moraes que mantinha a Fundação Votorantin. Entre outras atribuições, essa fundação era responsável pela assistência médica prestada aos

funcionários do grupo, através de um hospital próprio. Nessa época, a Fundação estava construindo a Maternidade Santa Lucinda para seus funcionários.

No cenário nacional, tanto no âmbito governamental como nos círculos médico-universitários, havia o interesse em ampliar e descentralizar o número das escolas médicas, promovendo a sua interiorização. Mas a legislação federal da época impunha aos interessados terem ligação com alguma universidade já existente ou uma Fundação bem organizada.

Assim, o empresário Dr. José Ermírio de Moraes foi contatado e aceitou transformar a Maternidade Santa Lucinda, em hospital-escola, para servir de campo de ensino à faculdade e também construir o prédio para abrigar as salas de aula e laboratórios.

Com a confirmação do local e a promessa de verbas para implantar definitivamente a faculdade em Sorocaba, por solicitação do Pe. Pieroni o Cardeal Dom Carlos C. V. Motta, Arcebispo de São Paulo, aceita a instalação de uma faculdade de medicina católica na cidade. Por exigência federal, o Grão Chanceler da PUC (Cardeal Motta), concorda que a nova Faculdade de Medicina seja criada sob os auspícios da PUC. Em outubro de 1949, a Fundação Votorantin, mantenedora do Hospital Santa Lucinda, é transformada em Fundação Sorocaba, mantenedora da Faculdade de Medicina desta cidade. Com essa autorização, iniciaram-se os procedimentos para a implantação da Escola de Enfermagem anexa, com dois cursos: Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

A Escola de Enfermagem recebeu o nome de “Coração de Maria”. Seguindo a orientação da igreja, na pessoa de Dom Carlos de Vasconcelos Motta, foi designado às Irmãs Franciscanas do Coração de Maria tal encargo. As irmãs coordenavam e supervisionavam as aulas práticas no Hospital Santa Lucinda, sendo as aulas teóricas ministradas pelos médicos professores. Os alunos de enfermagem, além das aulas práticas no Hospital, prestavam serviços como profissionais, o que permitia a gratuidade do curso.

“Durante 10 anos a Escola viveu entre o ensino médio e o superior [...] oportunizando

a constituição de um corpo docente preparado para as necessidades e expectativas da nova geração de alunos” (PACHECO, 2003 p.17).

Em 1968 (lei nº 5.540), a reforma Universitária, submetida às exigências do mercado de trabalho, requeria mão de obra especializada e isso contribuiu para a modificação no regime didático-escolar para os alunos. Os professores, com novos interesses e novas posturas para a melhoria do ensino-aprendizagem, buscaram especializações e tornaram-se mestres e doutores. Por força desta reforma, foi incluído no novo estatuto da Universidade, o Centro de Ciências Médicas e Biológicas, que englobava a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem, esta passando a Departamento de Enfermagem (PACHECO, 2003). Em 1969 a escola deixa de ser dirigida pelas religiosas, abrindo oportunidade para um corpo docente. Para tanto era necessário que o Regimento Interno fosse modificado. Este, determinava até então, que as irmãs franciscanas fizessem a direção da escola (diretora e vice-diretora).

Fruto de políticas educacionais, a reforma Universitária e o parecer nº977/65, contribuem para essa renovação e também para modificações do regime didático escolar que estavam acontecendo paralelamente em outras escolas.

Em 1970, devido a uma séria crise financeira, a Fundação Sorocaba transfere a Faculdade de Medicina e de Enfermagem para a Fundação São Paulo. A partir de 1971 ambas foram incorporadas definitivamente pela PUC de São Paulo (PACHECO, 2003).

O Departamento de Enfermagem, em específico, atualmente é composto por um quadro de 24 professores sendo 04 doutores, 13 mestres, 03 especialistas e 04 graduados. Uma professora ocupa o cargo de Chefe de Departamento e outra o cargo de coordenação de curso, ambas com suas suplentes. Essas professoras possuem mestrado e suas suplentes são especialistas e mestrandas. Desse grupo, 17 professores assumem a função de coordenação de disciplina e 04 a função de coordenação de comissão de série.

A estrutura curricular do Curso de Enfermagem, desde 1996 (ano em que passa a vigorar o currículo que resulta da reforma curricular fixada pela portaria nº1.721 de 15 de dezembro de 1994) até os dias atuais, abrange quatro áreas temáticas, totalizando 4.140 horas. Essas áreas são: Bases biológicas e Sociais da Enfermagem (25% da carga horária), Fundamentos de Enfermagem (25%), Assistências de Enfermagem (35%) e Administração em Enfermagem (15%). As disciplinas compõem as séries e se repetem algumas vezes nos anos seguintes em fase evolutiva. O curso tem duração de quatro anos, funciona no período da manhã, das 7 às 12:30 hs (segunda a sábado) sendo organizado em disciplinas semestrais e anuais. O primeiro ano possui 14 disciplinas, o segundo 15, o terceiro 10, o quarto 9. São realizados estágios em rede básica de saúde e ambulatorios, a partir do terceiro ano; em hospitais gerais e especializados, a partir do primeiro.

O objetivo geral do curso é preparar o aluno para as atividades assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa concernentes ao enfermeiro, para atuar com competência técnica, científica, ética e política como profissional em atenção à saúde.

2 ENVELHECIMENTO E VELHICE

Envelhecer, em termos biológicos, é um processo fisiológico e natural inerente a todo ser vivo, alterações que ocorrem com o passar do tempo e conduzem a transformações nas estruturas do corpo. Não ficamos velhos somente aos 60, 75 ou 80 anos, desenvolvemos e envelhecemos a cada dia. “O desenvolvimento e o envelhecimento podem ser analisados como uma seqüência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica [...] de mudanças psicossociais determinadas pelo processo de socialização” (NERI, 2001, p.28). São processos que coexistem ao longo do ciclo vital.

Entretanto, o envelhecimento⁴ é um processo individualizado que segue ritmos diferentes em diferentes indivíduos. O curso da vida humana é uma dinâmica comportamental que cada pessoa passa, fase a fase, entendendo a concepção de ser humano na sua constituição física e psicológica.

A ONU, assim como a Organização Mundial da Saúde, usam critérios cronológicos para denominar quem são os idosos: pessoas acima de 60 anos, classificando o envelhecimento em quatro estágios: meia idade dos 45 aos 59, idosos dos 60 aos 74, ancião dos 75 aos 90 e velhice extrema dos 90 anos em diante (SIMÕES, 1999).

Embora existam muitas metáforas para explicar o envelhecimento, na tentativa de se determinar um marcador fidedigno para esse processo, temos a idade cronológica, biológica e funcional como demarcadores mais utilizados na sociedade ocidental.

A idade cronológica mede, em tempo, quantos anos se passaram a partir do nascimento. A idade biológica depende de processos de maturação biológica e de influências exógenas que conduzem o organismo a um ponto de culminância no desenvolvimento, com respeito ao seu potencial de vida residual. De acordo com Okuma

(1997), o envelhecimento é um processo biológico cuja alteração determina mudanças estruturais no corpo e em decorrência, modifica suas funções. Entretanto, no ser humano, esse processo ultrapassa o simples ciclo biológico e pode acarretar também conseqüências sociais e psicológicas. As alterações psicológicas se referem às alterações cognitivas (relacionadas ao processamento de informações) e as alterações afetivas (relacionadas às emoções e sentimentos). Temos ainda a idade funcional, conceituada em termos de capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente (NERI, 1993).

Embora a idade cronológica seja vista como uma variável relevante, uma vez que indica os eventos registrados pelo tempo, não é um bom preditor do processo de envelhecimento. Para Veras (1999), é um equívoco raciocinar com base apenas no envelhecimento cronológico, pois as diferenças econômicas, sociais e culturais refletem-se na expectativa de vida das pessoas. A cronologia é objetiva, pois o tempo transcorre de maneira homogênea para todos, porém, “seus efeitos são diferentes em cada um, devido à variabilidade e subjetividade individual” (MOTTA, 1999, p.108).

Em relação ao tempo biológico, ao compararmos trabalhadores de zonas rurais e urbanas, a idade cronológica perde a relevância em relação ao desgaste de ambos. O primeiro, por exemplo, poderá apresentar um físico mais desgastado por sua exposição propriamente dita em relação a seu trabalho, devido à exposição maior ao sol e ao vento; enquanto o segundo, com um trabalho menos exposto a condições climáticas, sem grandes esforços físicos, apresentará uma aparência física relacionada com a vida que leva, mais conservada. Não podendo esquecer a genética, o processo do envelhecimento é influenciado em grande parte, pelo modo de vida que o indivíduo tem ao longo do tempo. Segundo Moragas (1997. p.18), “À idade cronológica - um dado importante, mas não determinante - somam-se outras condições pessoais e ambientais que determinam o estado

⁴ Biologicamente falando, o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual de sobrevivência (NERI, 2001).

geral de uma pessoa”. O importante não é somente o transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, as condições ambientais e os acontecimentos vividos.

O tempo traduz vários significados para a experiência do ser humano e pode ser identificado com nomes diversos: tempo de trabalho, tempo de lazer, de aprendizagem, de descanso, entre outros. À medida que a sociedade organiza e determina funções para os segmentos do tempo diário, em cada época da vida (de acordo com as fases: infância, juventude, idade adulta velhice), bem como as diversas formas de preenchimento entendidas como obrigatórias para determinadas idades, passa a ser um produto do *status* social baseado em valores que predominam diferentemente nas classes sociais em cada momento histórico (Moragas, 1977, p.207).

Exemplificando, os escravos trabalhavam durante o dia todo, os senhores governavam, filosofavam e descansavam nesse mesmo tempo. O tempo objetivo passa de modo uniforme para as pessoas, entretanto, a subjetividade é individual com resultados distintos. De acordo com Santana (2001), a objetividade permitiu ao homem conhecer os ciclos do tempo (existências das estações do ano, dias frios, chuvosos, quentes) permitindo a possibilidade de organização da vida assegurando a sobrevivência. O caráter subjetivo estaria relacionado com a intensidade de vivências pessoais que adquirimos com o passar do tempo vivido.

Do ponto de vista das neurociências, em relação à complexidade do fenômeno tempo, Damasceno (2001) relata que no cérebro não existem receptores com a finalidade específica para esse sentido. Embora a codificação, registro e reconhecimento de unidades temporais se processem nos lobos frontais e temporais de forma rítmica em consonância com fenômenos externos, o mecanismo do processamento exato da percepção de tempo no cérebro é insuficiente devido às múltiplas particularidades do sistema nervoso central, dinâmica essa, bastante complexa. Sugere que o funcionamento temporal, como atividade

psíquica, tenha origem a partir da intervenção do indivíduo com seu meio.

A existência de um sistema interno responsável pela percepção do tempo poderia funcionar paralelamente à visão do tempo externo ao nosso corpo, ainda que não seja suficiente para definir estruturas pontuais responsáveis para esse processamento de informação.

A expectativa média de vida está se ampliando de modo expressivo, mudando dessa maneira o conceito real do que são os idosos. Caracteriza as últimas décadas do Brasil o aumento da longevidade e a compressão da natalidade. O segmento idoso vem mostrando crescimento significativo no aumento do número total da população.

O período de 1980 a 1991 marca o início do declínio do ritmo de crescimento populacional pelo controle expressivo da fecundidade da ordem de 60%. Paralelamente, a mortalidade também declina, aumentando a perspectiva de vida, a longevidade. Esse movimento vem redesenhar a pirâmide etária. De uma forma triangular, característica de taxa de natalidade alta, vai assumindo uma silhueta mais arredondada em sua base, caracterizando a redução da natalidade (BERQUÓ, 1999).

O envelhecimento da população começou a ser percebida e nas últimas décadas do século XX a sociedade tem demonstrado uma preocupação crescente com seus membros idosos. O Brasil, que até 1970 era composto de uma população jovem, percebe atualmente o aumento do número de pessoas mais velhas, chegando a 65 anos de vida ou mais. Melhorias na saúde e nas condições de vida em geral garantem aos indivíduos atingir uma idade avançada e viver anos produtivos nesse segmento de vida em relação a gerações anteriores.

O prolongamento da existência biológica, cronológica e social está aumentando o tempo de vida da população. Estamos avançando a fronteira da juventude e da meia idade. Seguramente esse fato demanda muitos serviços e um outro olhar. Cronologicamente, o

prolongamento da vida se expande nas camadas sociais elevadas, chegando à esperança de vida de 70 a 80 anos em média, camadas estas que recebem maiores investimentos de saúde (benefícios médicos, farmacêuticos e sanitários), educação, lazer, etc.

Por outro lado, existe ainda a “velhice precoce” ou “pseudo-idoso” (antes dos 50 anos) nas camadas assalariadas de baixa renda, causada pelo desgaste biológico e conseqüente perda da capacidade produtiva; estas ainda se mantêm em níveis críticos entre 40 a 50 anos de vida. Essa realidade se justifica pelas desigualdades sociais, um sistema de concentração de renda nacional que exclui grande parte da população dos benefícios sociais mínimos (JAGUARIBE, 1986).

Existem novas concepções a respeito da investigação sobre o envelhecimento que significam uma importante mudança de paradigma. A psicologia e várias ciências comportamentais acreditam em novas trajetórias de construção para os processos de envelhecimento. Entendendo o envelhecer acontecendo paralelamente aos processos de desenvolver, a Psicologia do Desenvolvimento⁵ e Envelhecimento baseia-se no conceito de curso de vida para explicar a seqüência de alterações evolutivas da espécie humana. Considera também essa evolução do ponto de vista das inter-relações do desenvolvimento individual, familiar e social ao longo do tempo.

Existem diferenças, semelhanças e inter-relações entre os conceitos de idoso, envelhecimento e velhice. O aparecimento de rugas, cabelos brancos, redução da musculatura, etc, são as modificações biológicas (morfológicas). As alterações orgânicas (bioquímicas) estão relacionadas com as transformações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas são entendidas como a necessidade de adaptação progressiva do ser humano a cada situação do seu cotidiano. As diferentes representações sobre a velhice se dão em relação às modificações sociais e ganham significados

⁵ O sentido original da palavra desenvolvimento é desdobrar de dentro para fora, assumindo uma nova forma. Essa idéia está presente na embriologia (Néri, 2001, p. 26).

exclusivos em contextos sócio, culturais distintos (DEBERT,1999).

Algumas culturas, de acordo com normas, valores e critérios da sociedade, valorizam e respeitam o idoso, outras interpretam como um peso social. Os valores culturais estão relacionados às temporalidades históricas. As sociedades reagiram a seus membros idosos de diversas formas.

Em um breve resumo, na época de Confúcio, entre os séculos IV e V a.C., quanto mais velho o indivíduo mais respeito merecia. Os antigos chineses acreditavam que atingir a idade avançada era uma realização que merecia grande honraria. O Taoísmo, uma filosofia de crenças que assimilam os antigos elementos místicos e enigmáticos da religião popular chinesa, encarava a idade avançada como compêndio da vida, e apesar de não ser uma religião mundialmente popular, seus ensinamentos vêm influenciando muitas seitas modernas. Por outro lado, os antigos egípcios temiam o envelhecimento e experimentavam poções para manutenção da juventude.

Para os gregos antigos, as opiniões dividiam-se: os mitos retratavam muitas lutas entre os velhos e os jovens. Aristóteles negou aos idosos qualquer papel nos assuntos governamentais e Platão os promoveu como os melhores líderes da sociedade. Os antigos romanos tinham respeito parcial por seus idosos, sendo que, nas terras conquistadas por Roma, os doentes e os idosos eram os primeiros a serem mortos. Nos tempos medievais, a juventude se expressava com sentimentos de superioridade e os idosos tinham uma imagem diminuída, os idosos estavam entre os primeiros a serem afetados pela fome e pela pobreza e os últimos a se beneficiarem com dias melhores. A Inglaterra, no início do século XVII, desenvolveu as leis dos pobres e atendimento aos idosos incapazes, sem recursos familiares, para que obtivessem uma rede de segurança. Entretanto, devido ao rigor da revolução industrial, muito dos benefícios dos idosos alcançados nos séculos XVIII e XIX foram perdidos (ELIOPOULOS, 2005).

Encontram-se em literaturas diversas, definições para a velhice: Soma de todas as manifestações de desgaste durante a vida; Processo biológico que leva à limitação das possibilidades de adaptação do organismo e ao aumento da probabilidade de morrer; Irreversibilidade da substância viva em função do tempo; Soma de todas as alterações biológicas, psicológicas e sociais, que depois de alcançar a idade adulta e ultrapassar a idade de desempenho máximo, leva a uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho psicofísico do indivíduo; outros. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição de velhice é o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas.

Para Guerreiro e Rodrigues (1999), é comum o reconhecimento da velhice apenas no outro ser humano e não em quem a está vivenciando, ou seja, no *eu*, no *dono do* corpo que envelhece, integrado na dimensão temporal da existência. É um descompasso entre a visão que a pessoa tem de si própria, uma auto-avaliação positiva; não percebendo em si mesma as mudanças do envelhecimento.

A auto-imagem desenhada imaginariamente de nós mesmos aos 40, 50 ou 60 anos não inclui rugas, flacidez, lentidão, de modo que, segundo Bee (2002, p.512), “...há repetidos momentos de choque, quando os elementos a recordar o corpo e os elementos de ordem cultural e geracional fazem com que percebamos, uma vez mais, que estamos envelhecendo.”

Moragas (1997) relata o envelhecimento como uma experiência heterogênea, considerando a particularidade da transição do curso de vida de cada indivíduo, considerando a interação entre fatores genéticos e ambientais como também a incidência de patologias sobre o processo de envelhecimento.

O processo do envelhecimento está associado a suscetibilidades físicas e emocionais,

marcados pelos padrões socioculturais de uma época. Na sociedade em que o envelhecer é uma construção negativa e distancia o indivíduo do prazer, da saúde, do modelo de beleza, enfim do homem ideal, a negação da idade é automática.

Entretanto, reconhece-se a cada momento e de forma renovada que a velhice parece galgar novos limites. Os idosos vêm adquirindo novos hábitos, preferências, ocupações, estilo de vida, orientação nutricional e de saúde tornando a velhice mais dinâmica que no passado. Em busca de novas definições, o idoso passará a reconhecer-se, aceitar-se e integrar-se à sua família e comunidade, até porque estas ações terminam por torná-lo reconhecido, aceito e integrado por todos.

2.1 TEORIA LIFE-SPAN

De acordo com Neri (2001, p.11), “*life-span* é um termo utilizado na psicologia e na biodemografia, nas quais se usa também o termo correlato - expectativa de vida”.

É uma teoria que nasceu no século XVIII e vem se desenvolvendo. Os pioneiros da visão *life-span*, um grupo acadêmico precursor ao desenvolver fundamentos nessa perspectiva, do qual evidenciam-se Paul Baltes, K.Warner Schaie., James Birren, Bernice Neugarten, Klaus Riegel e Matilda Ril, entendiam que as teorias tradicionais eram insuficientes para explicar o processo de desenvolvimento ao longo da vida. Havia a necessidade de se criar novos dados sobre a vida adulta e o envelhecimento. Para isso, pesquisas foram iniciadas estudando especificidades da vida adulta, considerando a família, papéis sociais e a profissão.

Essa teoria nasce em decorrência de três fatores:

1-O envelhecimento dos sujeitos de vários estudos iniciados em décadas anteriores paralelamente ao envelhecimento dos pesquisadores;

2- O número de idosos aumentando significativamente com saúde na população em vários países e para tal havia necessidade da criação de novas políticas sociais emergenciais para inserção social;

3- A influência dos estudos sobre a estratificação etária no contexto das ciências sociais.

Estudos psicológicos e sociológicos, a partir da década de 60, identificam que “nem crescimento nem decadência são processos unilineares, [...] crescer e declinar não são processos mutuamente excludentes” (NERI, 2001, p.25). Esse novo conceito veio significar mudanças do paradigma dos processos de envelhecimento paralelamente aos processos de desenvolvimento.

São avanços teóricos sobre questões e interpretações do desenvolvimento ao longo da vida associados com intervenções social, científica e tecnológica na expectativa de promover um melhor envelhecimento dos seres humanos. Até os anos 70, a psicologia e a gerontologia consideram o desenvolvimento e o envelhecimento como processos opostos de trajetórias incompatíveis. Atualmente são entendidos como processos adaptativos. Estão presentes ao longo de todo o curso de vida, permeados por ganhos e perdas.

Rompe-se assim com os pressupostos da psicologia que interpretava o desenvolvimento humano como uma seqüência única de etapas evolutivas. Admite-se que na infância existe maior possibilidades de alterações evolutivas identificadas como ganhos e na velhice as mudanças identificadas como perdas, porque o desenvolvimento tem como parâmetro o adulto sadio, produtivo e envolvido socialmente (BALTES, 1987).

O termo *life-span*, para a biologia tem significado de extensão de vida: tempo cronológico individual entre nascimento e morte. Refere-se ao tempo máximo de extensão de vida de uma espécie, diferentemente do termo expectativa de vida que se refere à

duração média de vida esperada entre indivíduos da mesma espécie, tendo como referências em comum, nascimento e morte (WILMOTH 1997 apud NERI, 2001).

Para psicologia, *life-span* “tem uma conotação de extensão ou abrangência, quer da vida em toda sua duração, quer de algum período particular...” (NERI, 2001, p.22). Entretanto, não está relacionada ao uso de estágios para delimitar ou periodizar. As delimitações cronológicas, embora tenham importância para indicar e organizar as fases do desenvolvimento, não são consideradas causa. As datas de nascimento, para pesquisadores, associam-se a eventos e contextos históricos e suas influências no desenvolvimento de grupos de pessoas nascidos e socializados em determinadas épocas (coorte), permitindo identificações características entre si. É certo que o estudo transversal deva ser combinado com a estratégia longitudinal, para que não ocorra a defasagem de tempo referente a coortes transversais de épocas diferentes.

Ainda na psicologia, faz parte da perspectiva *life-span* ou *life-long* (estudo do desenvolvimento durante a extensão da vida), a perspectiva *short-span* (estudo de um período determinado). Esta última, usada inicialmente em pesquisas, dava um enfoque específico da vida adulta e à velhice. Entretanto, a teoria de escolha para o desenvolvimento de pesquisas é a primeira citada, justificada pela melhor compreensão das mudanças evolutivas (duração, ritmo, variações, etc).

A interpretação de *Life-span* desenvolvida por Baltes (1987) é que o desenvolvimento e o envelhecimento são processos adaptativos e dependem de fatores genéticos, biológicos e sócio-culturais. Não podendo esquecer também, os aspectos psico-afetivos.

As construções de conhecimentos científicos decorrem de fenômenos sociais e culturais. O aparecimento das teorias *life-course* e *life-span* na sociologia e na psicologia é um importante sinal de revolução paradigmática nas ciências. Essa mudança de paradigma

responde a observação de novas necessidades geradas a partir de tensões desses fenômenos (criar novas explicações e gerar novos dados) e das motivações pessoais dos cientistas (NERI, 2001).

Como a teoria *life-span* considera toda a duração da vida, analisa os ganhos e perdas ao longo desse processo (do nascimento à morte), demonstrando também os aspectos positivos da velhice, as aquisições. De acordo com Eliopoulos (2005, p.25), durante a velhice, as pessoas atingem um sentido de pessoalidade que lhes permite demonstrar individualidade e prosseguir em direção a sua auto realização. São capazes de apresentar harmonia com seu ambiente interno e externo, compreender o seu próprio valor, manter relacionamentos sociais completos e profundos, adquirir um sentido de finalidade e desenvolver as muitas facetas do seu ser.

2.2 A SOCIEDADE E O IDOSO

A compreensão histórica de problemas sociais relacionados com a velhice em nossa sociedade gerou grande interesse para os estudos do envelhecimento e a criação de áreas específicas para esse fim.

Por muito tempo, na sociedade tradicional, o idoso era valorizado porque tinha uma importante função social: a transmissão de conhecimentos, de valores, costumes e tradições na instituição social. Entretanto, nas sociedades modernas, a perda desse papel é explicada pela substituição do idoso por outras instituições: livros, bibliotecas, computadores, outros (VERAS, 1999). São transformações que acontecem de maneira rápida e acelerada.

Os valores, costumes, tradições sociais vão se modificando ao longo do tempo. O que hoje é “normal”, aceitável, correto, amanhã pode não ser mais. Não existem modelos estáveis. Referenciais de padrões sociais e culturais mudam e redimensionam o modo de

vida das pessoas, das famílias e da sociedade.

Moragas (1997, p.111) coloca que hoje os idosos atravessam uma “situação transicional”. A passividade do passado em contraste com a atividade de inúmeros aposentados atualmente. Embora o idoso contemporâneo seja mais ativo socialmente do que no passado, ainda não encontraram um papel coerente na sociedade contemporânea

As representações sociais vêm se organizando em torno de critérios cronológicos, estabelecendo comportamentos e posições das pessoas de acordo com sua idade, sinalizando fronteiras entre a infância, adolescência, idade adulta e velhice através de fatores socialmente determinados.

Conforme Debert (1994, p.9) “as etnografias mostram que em todas as sociedades é possível observar a presença de grades de idade”. As particularidades sociais e culturais elaboram comportamentos criando categorias de idade. São construções históricas. Segundo a autora (1994, p.11) o “comportamento dos adultos na idade média era mais espontâneo”, o controle pré-determinado na construção da infância (escolas específicas, brincadeiras, roupas apropriadas para a idade) como também na idade adulta (maturidade psicológica, direito e deveres de cidadania) era menos acentuado naquela época. No século XII, na França, a juventude aparece como uma nova etapa da vida na sociedade aristocrata com objetivo de conservar o poder e o patrimônio das famílias.

As etapas da vida têm diferentes durações e diferentes maneiras de serem vividas. Depende do tempo que se processa, de classes sociais e de culturas específicas de cada sociedade.

A constituição da terceira idade vem acompanhada de um conjunto de práticas e definições estabelecidas para atender necessidades sociais, como também “conseqüências de uma evolução científica marcada por formas cada vez mais precisas de estabelecer parâmetros no desenvolvimento biológico humano” (DEBERT, 1994, p.12).

Em sociedades como a nossa, a idade é um conceito social e não um conceito biológico ou psicológico. Infância, adolescência, vida adulta e velhice são fases construídas socialmente, por meio de normas reguladoras que determinam as exigências e as oportunidades de cada segmento etário na ordem social (NERI, 2001, p.17).

Ainda hoje, o envelhecimento é considerado um fator de diminuição. Essa realidade é comum nas sociedades onde predomina a valorização da produtividade. Com a chegada da velhice, a produção e o consumo decrescem: o idoso não é mais capaz de produzir como quando jovem, conseqüentemente é considerado inútil dentro do próprio mundo que ele ajudou a construir (SIMÕES, 1999). Por não fazer mais parte do mercado produtivo, o idoso é colocado como uma fatia à parte da sociedade. Esse tipo de exclusão social, entre outros, vem favorecer a descontinuidade estrutural: a sociedade é incapaz de assegurar papéis sociais que permitam a seus membros mais velhos saudáveis e ativos continuarem engajados socialmente ou terem acesso às oportunidades e gratificações sociais disponíveis para outros estratos etários. Para Moragas (1997), esse fato se dá porque a definição de idoso está tradicionalmente entendida com o final da vida laborativa.

Após a Revolução Industrial, as pessoas passaram a trabalhar até uma determinada idade. O desenvolvimento da tecnologia científica, da tecnologia da saúde, o progresso e recursos sociais também foram dirigidos aos jovens. Esses determinantes nos remete a “teoria da modernização” (KART, 1995 apud NERI, 2001). A partir de um contexto histórico cultural, o conceito de que as mudanças estruturais que acontecem nas sociedades geradas pela industrialização determinam o *status* dos idosos. Conseqüentemente, nas sociedades industrializadas a tendência é a perda do *status*. O “relógio social” caracteriza a expectativa social em relação ao que se estabelece para desempenhos baseado na idade cronológica. As tarefas evolutivas são socialmente desenhadas e estipuladas para cada idade. São crenças e valores que determinam papéis sociais e competências para as

atividades.

No Brasil, a idade avançada ainda é um dado de grande importância traduzindo a diminuição de oportunidades de acesso aos bens sociais. Entretanto, nas sociedades pós-modernas existe a flexibilização do critério etário, ou seja, a idade é irrelevante. O prolongamento da juventude, novos conceitos sobre sexualidade de pessoas mais velhas, adiantamento da aposentadoria geram mudanças nas relações entre a vida produtiva e o lazer.

A sociologia vem oferecendo contribuições importantes para a compreensão dos fenômenos históricos, econômicos, culturais, etnográficos e sociais que influenciam a velhice e o envelhecimento. A “teoria da troca” (BENGSTON & JOHNSON, 1999) é centrada no modelo econômico racional de decisão comportamental desenvolvido na década de 1930. Apresenta a vida social como uma coleção de indivíduos envolvidos em trocas sociais. O idoso com poucos recursos (baixa renda, nível de saúde e educação precário, outros) tende a se afastar das interações sociais, considerando interações entre o idoso e outros grupos etários, por falta de recursos para tal. Entretanto, essa teoria se baseia, entre outros, na relação custo benefício ignorando muitas interações guiadas por motivações não racionais, como afeição, altruísmo e amor.

Devemos considerar também a existência real da opção dos indivíduos. Opção relacionada à substituição e ao controle. Alguns papéis que no início da vida adulta eram prioritários, com o passar do tempo tornam-se consideravelmente menos dominantes: o tempo de dedicação aos filhos, a redução gradativa da função profissional e das relações sociais que daí provinham. Aliadas a isso, a sensação de maior conhecimento, experiências e a conquista da individualidade. É um dos ganhos na velhice.

Moragas (1997) cita a teoria do desengajamento. O tempo e a energia que antes eram dedicados a papéis sociais vinculados a “determinadas idades”, vão sendo canalizados para

outras relações e ou envolvimento de atenção e dedicação como por exemplo à relação conjugal, atividades comunitárias, atividades religiosas. O benefício dessas mudanças é a satisfação pessoal e bem-estar e está particularmente associada ao período da aposentadoria.

Foi a partir do século XX que a aposentadoria passou a ser um benefício da Previdência Social. É um fato social recente, um movimento originado da luta pela proteção do idoso operário, objetivando a defesa e o amparo financeiro dos idosos (FRANÇA, 1999). Significa a saída de um trabalho regular, vinculado à idade cronológica.

Para Veras (1999), aposentadoria caracteriza a transição de um período de produção, de afastamento de seu papel profissional, do desenvolvimento de atividades para outro período sem motivações, sem objetivos, sem utilidade social com conseqüente redução do poder econômico e reconhecimento social.

Moragas (1997, p.145), coloca que “socialmente, considerou-se o papel do aposentado como um papel sem papel, porque a sociedade contemporânea não reconheceu, para o aposentado, um papel social”.

A aposentadoria representaria a perda do *status* social. Esse sentimento de vazio e perda se contrapõe ao “merecido repouso”, um direito conquistado pelos trabalhadores. Dá-se o paradoxo entre a sensação da desvalorização social do indivíduo, redução da capacidade de produção e as boas perspectivas das mudanças vinculadas a este novo estágio de vida.

Por um lado, a visão da aposentadoria como o “atestado oficial da velhice”, como declínio e inutilidade. Por outro, o olhar positivo como um período para a realização de sonhos e projetos que durante a vida laboral não puderam ser realizados, como possibilidade de desenvolver novas habilidades (dessa maneira, entendidos como ganho), antes reprimidas, por falta na maioria das vezes, de tempo disponível para execução. A

dialética dessas interpretações é explicada pela falta de preparo dos indivíduos para a aceitação desse processo, a adaptação deve ser trabalhada de forma estruturada para que essas mudanças possam ser vivenciadas positivamente.

Para França (1999, p.31), “a preparação para a aposentadoria é um processo educativo, contínuo e deve estar relacionado ao planejamento de vida”. Com a aposentadoria os rendimentos se reduzem, este é um fato e interfere no padrão de vida dos indivíduos. Em relação aos seus efeitos, pode ser mais estressante para aqueles com uma situação financeira difícil, principalmente quando esta vem conjugada com a viuvez.

O aposentado que possui reservas econômicas tem mais “liberdade” de sonhar e mais segurança no enfrentamento de novos desafios (abertura de novos negócios, estudos, viagens). Entretanto, para Bee (1997, p.564), como regra geral, os resultados advindos dos rendimentos e as “sombrias expectativas acerca dos efeitos negativos da aposentadoria não têm fundamentos”. Os efeitos sobre a saúde, por exemplo, “não se modifica- para melhor ou pior – devido à aposentadoria”. Se anteriormente já existia uma saúde deficitária ou uma boa saúde, não há indicação em pesquisas realizadas que estas tenham se modificado quando da época da aposentadoria.

As condições socioeconômicas também estão adaptadas em relação aos rendimentos anteriores. Normalmente o idoso já possui sua casa, um padrão de vida estabelecido nesse período. A aposentadoria não constitui uma mudança de vida como consequência determinante do declínio na saúde física, e sim de atitudes e saúde mental. O impacto é “sobre a satisfação de vida ou sobre o bem estar de cada indivíduo”. (BEE, 1997, p.566).

3 QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

A preocupação com a qualidade de vida⁶ na velhice ganha propulsão, em consequência ao crescimento do número de idosos e da longevidade. Entretanto, “o aumento da longevidade por si só não significa para todos os indivíduos a garantia da velhice saudável e bem sucedida” (SANTOS, 2003, p.22).

Dependente de uma gama de condições e fatores ao longo do ciclo vital e é, entre outros, um fenômeno inerente a aspectos físicos, psicológicos e sociais do organismo, multidimensional e multidirecional (NERI, 1993). Hábitos e costumes de vida, herança genética, desgaste fisiológico natural, doenças entre elas as crônico-degenerativas como as demências devem ser levadas em consideração quando falamos de limitações de capacidade funcional, dependência física, cognitiva ou emocional. Entretanto, para Debert (1999), a responsabilidade dessas limitações não deve ser atribuída ao indivíduo tão somente. O Estado tem a responsabilidade e o compromisso social⁷ de prover recursos e oferecê-los como suporte para suprir tais necessidades.

Ter uma juventude mais longa, envelhecer de maneira saudável, adiar a morte e quando esta for inevitável, que seja de uma maneira indolor e feliz, são os objetivos verbalizados porque todo Ser Humano ou pelo menos a maioria aspira. Entretanto, esse “segredo” ou essa “fórmula” ainda não foram encontrados. Cientistas, filósofos, sociólogos, políticos tem investigado o tema e não encontraram até então um denominador comum para esses fatores. A compreensão desse complexo processo tem uma dimensão sócio-cultural com diferentes significados e interpretações tornando extremamente difícil definições gerais que estabeleçam caminhos garantidos para se operacionalizar a qualidade de vida. Portanto não há ainda um consenso de “receita” ou “protocolo” para tal conduta.

⁶ A expressão qualidade de vida aparece pela Primeira vez no Index Medicus em 1985 e no Psychological Abstracts em 1985 (Lawton, 1991 apud Neri Texto Qualidade de Vida).

⁷ Política Nacional do Idoso, descrita na Lei 8.842/94 contempla os direitos dos idosos. (Santos, 2003,p.24)

Para Neri (1993), os valores e ideais e o grau de progresso alcançado por uma sociedade, bem como o desejo, o prazer ou a satisfação e a adaptação acabam sendo determinantes da qualidade de vida de grupos específicos em sociedades específicas. Para essa autora, a degeneração e morte são pontos perturbadores ao homem. São essas perturbações que dirigem os esforços para controlar o envelhecimento e as condições que o determinam aplicado também no que se refere à qualidade de vida.

O envelhecimento transforma a relação do homem com o mundo em suas características biopsíquicas, sociais e culturais, adquirindo especificidades dessa relação organismo-meio ambiente com resultados distintos e individuais devido às competências funcionais (MORAGAS, 1997).

Citando Zuben

Não existe, penso eu, uma teoria capaz de explicar todos os fenômenos que totalizem a complexa experiência do envelhecimento. No entanto, o conhecimento básico de fatores biológicos, psicológicos e sociológicos do processo de envelhecer tem sido considerado não só relevante, mas imprescindível para se conseguir um entendimento de como cada ser Humano pode viver seu envelhecer de modo satisfatório no âmbito da economia do bem viver (2001, p.179).

Ainda que o envelhecimento não possua um único critério específico, um marcador do seu início e duração de consenso universal, envelhecer torna-se um processo penoso, paralelo às mudanças bruscas de valores, conhecimentos e a descartabilidade. A incerteza do futuro caminha paralela a esses fenômenos sociais, gerando insegurança. Toda essa imprecisão e faltas: “falta de perspectiva de futuro, de razão para existir e ser feliz...” (FREIRE E RESENDE, 2001, p.75) podem gerar uma crise existencial levando a patamares altíssimos de insatisfação. A busca contínua e desenfreada do consumo de bens, da beleza e relações para preencher o vazio interior poderia justificar o medo de viver, de envelhecer e de perder a juventude.

Entre uma coletânea de definições, Wong (1998, apud FREIRE e RESENDE, 2001, p.77) diz que a “busca do sentido da vida é uma motivação primária [...] e difere de pessoa para pessoa, de um dia para outro”. Quando existe a angústia existencial acompanhada pelo questionamento do sentido de viver, são gerados fenômenos, como por exemplo a depressão⁸. Uma das fontes do sentido pessoal da vivência da vida seriam a educação, o trabalho, as atividades e as realizações e, em relação aos idosos, acentuam as possibilidades da depressão os diversos transtornos como aposentadoria, afastamento de atividades sociais, profissionais e familiares; contribuindo para evolução de problemas de saúde mental.

A saúde mental do idoso está, entre outros, sustentada na percepção de ter sido útil e produtivo para sua família e sociedade. Nas grandes comunidades, onde a produção e a competitividade fazem do trabalho o primeiro valor, encontramos os idosos mais deprimidos em consequência de um declínio social e financeiro.

Uma expressão originada das ciências sociais exemplifica esses valores: *velhice produtiva e velhice bem sucedida*, contribuindo para a formação e a reformulação de expectativas, crenças e atitudes sociais em relação ao idoso e qualidade de vida (NERI, 1993).

A auto-estima, nessa fase da vida está constantemente ameaçada, as situações de isolamento e abandono aumentam as chances do aparecimento da depressão. Existe também a relação com o declínio físico e psíquico, com incapacidades naturais do corpo e da mente.

A aceitação das fases do envelhecimento, como parte do ciclo da vida é uma maneira de aceitar a velhice. Entretanto, a velhice está relacionada intimamente com a morte e sustentada na percepção de fim. A consciência que o indivíduo possui do seu fim temporal

⁸ A depressão é um problema somático onde se assiste a uma descompensação e conseqüente desequilíbrio do

pode desencadear a desesperança e a negatividade sobre si mesmo, favorecendo o quadro depressivo (ERICKSON,1998). Esse comportamento é anunciado por sinais e sintomas como irritabilidade, cansaço, introspecção, tristeza, pessimismo, baixa estima, e pensamentos negativos incluindo a perda da vontade de viver (LÉGER, TESSIER, MUTY, 1994).

A depressão, comum em alguns idosos, pode ser resultado de isolamento ou solidão, ambos caracterizados por um estado ou situação de uma pessoa estar ou sentir-se só. Quando não é de escolha pessoal, essa situação gera inquietação e angústia (CAPITANINI, 2000). Entretanto, cada indivíduo reage especificamente ao fato de viver só. Cada um de nós tem uma capacidade pessoal de estar só, estando muito próximo ao que Erickson designa como identidade de si-mesmo⁹. Embora os idosos muitas vezes se comuniquem com parentes, netos, amigos, por telefone ou visitas, continuam se sentindo isolados de seu espaço social, da sua rede de relacionamentos e possibilidades, resultando um “isolamento sofrido” e conseqüente estado depressivo.

Sendo a velhice bem sucedida uma das causas da boa qualidade de vida, temos o modelo psicológico de Baltes (1990), com base na perspectivas de curso de vida, que descreve a seleção, otimização e compensação (posteriormente abordado), mecanismos utilizados na velhice.

Para Neri (1993) embora as oportunidades educacionais, acesso à saúde de qualidade, condições que propiciem uma boa alimentação e moradia (condições macroestruturais) sejam fatores de peso para prover uma boa qualidade de vida, os valores, as crenças e as atitudes sociais contextualizam os pontos de vista das pessoas e das instituições sobre o significado da velhice, interpretações estas de importante relevância para tal. Para a

sistema orgânico com aparecimento de disfuncionamento com conseqüências nefastas para as pessoas; evoluindo esta crise para as afecções orgânicas (LÉGER, TESSIER, MOUTY, 1994, p.53).

⁹ Para Erickson a definição de identidade: Sentimento subjetivo e tônico de uma unidade pessoal e de uma continuidade temporal,1998

medicina, a boa saúde física e mental são indicadores do tipo de velhice, podendo ser bem sucedida, normal ou patológica. São, também, condições que favorecem o bem estar, ainda que na presença de patologias.

Para a psicologia, a qualidade de vida na velhice está associada à satisfação, envolvimento e senso de realização, motivação e a comparação de condições objetivas: o que possuem no momento comparado a que tinham no passado e ou comparado a outros idosos, e as condições subjetivas do idoso. A Teoria de Seletividade Sócioemocional (TSS)¹⁰ ressalta o processo motivacional ligando as emoções e proximidades do idoso para avaliar a própria vida. Cartensen (1995), afirma, diferente da teoria do desengajamento, que os idosos se engajam ativamente num processo de seleção das relações sociais de acordo com suas emoções, ou seja, preservam as relações que são significativas emocionalmente para eles.

De acordo com Neri,

De acordo com a teoria de seletividade sócio emocional (TSS), a redução da amplitude das redes de relações sociais e a restrição da participação social da velhice reflete em processos motivacionais. Ou seja, longe de ser simplesmente afastados pela sociedade, os idosos se engajam ativamente num processo de seleção de relações sociais significativas e de investimento em relações que envolvem proximidade afetiva. Simultaneamente os idosos descartam as relações que não são tão importantes, ou que lhes são perturbadoras, ou que lhes exige recursos emocionais em excesso. Essas classes de ações combinadas dão origem a experiências emocionais significativas, que, mesmo sendo menos numerosas, são mais afetivas para promover seu bem-estar subjetivo (2001, p. 132).

É certo, pois, que na velhice, a qualidade de vida sofre inúmeras interferências de elementos que se interagem ao longo da vida do indivíduo.

¹⁰ A Teoria de Seletividade Socioemocional focaliza os mecanismos psicológicos que moderam as mudanças que ocorrem na velhice: a obtenção de informação, o desenvolvimento e a manutenção do autoconceito e a regulação da emoção. (NERI, Psicologia do Desenvolvimento. Campinas: Papirus, 1995, p.111)

3.1 IDOSO E DOENÇA É DIFERENTE DE IDOSO DOENTE

A compreensão do significado da velhice e envelhecimento como fenômeno humano nos diferentes indivíduos e conseqüentemente as transformações inerentes a esse processo poderia implicar em atitudes diferenciadas para com os idosos. A velhice é um processo dinâmico, e não uma doença.

Cada indivíduo vive seu envelhecer tendo em vista sua história de vida, entendendo também que os processos de transformação do organismo são de natureza interacional, acontecem em épocas e ritmos com resultados distintos intra e interpessoal, “o relógio biológico não bate igualmente para todos os adultos idosos” (BEE,1997, p.531).

É necessário, para se conseguir um entendimento mais adequado do processo de envelhecer, conhecer os fatores fisiológicos, sociológicos e biológicos que interferem de maneira individual nesse processo, bem como, o esclarecimento de que senescência é resultante da somatória de alterações orgânicas, funcionais¹¹, e, senilidade é o envelhecimento relacionado com problemas de saúde.

A associação indevida de que velhice é sinônimo de doença, pode carregar preconceitos e discriminação, como “todo velho é doente”, associar enfermidades apenas com a idade cronológica, desconsidera as condições sócio-históricas e econômicas que influenciam na saúde das pessoas em geral, não apenas nos idosos.

Biologicamente falando, existe um mecanismo de reprodução e função das células do organismo, um programa genético que determina o limite para a longevidade humana. O indivíduo idoso trás consigo a herança genética que, associadas a fatores que fazem parte do ambiente físico (toxinas, agentes infecciosos), do meio social que interage e ainda uma série de fatores próprios, acabam determinando o processo de envelhecimento

¹¹ Idade funcional é a resultante da interação da herança genética e dos elementos do meio ambiente. (Repercussões médicas do envelhecimento, MOTTA, L.B., 1999).

individualmente.

Para Moragas (1997, p.43) “diminuição não quer dizer necessariamente doença, mas somente a redução da capacidade funcional, fato importante...”. Criam-se, muitas vezes, estereótipos ostensivos e velados em relação à competência para o trabalho, para a vida social, sexual, política, cultural ou para as atividades básicas do cotidiano. São condições econômicas e culturais muito específicas de cada sociedade que se desenvolvem impondo tais padrões. A imagem social que se constrói da velhice, na maioria das vezes, é preconceituosa, carregada de mitos, discriminações e segregação.

Com o passar dos séculos, a evolução de técnicas diagnósticas e descobertas de métodos alternativos e adequados, dirigidos a patologias específicas para o controle ou a cura de doenças, aliado ao complexo processo de modificações sociais traduzido pela urbanização: melhores condições sanitárias, ambientais, de moradia e trabalho bem como a melhoria nutricional e higiene pessoal maximizaram o tempo de vida; resultando o envelhecimento da sociedade humana.

O objetivo da prevenção, promoção e tratamento da saúde é preservar e aumentar a expectativa bem como a qualidade de vida. Paralelamente a imunização e os testes para detecção precoce de doenças, os hábitos individuais pouco saudáveis tem recebido grande atenção como programa de saúde pública e aconselhamentos realizados através de campanhas objetivando mudanças de comportamento e hábitos não saudáveis. Os exames preventivos ginecológicos e a vacinação reduziram em escala considerável o número de mortalidade por neoplasias e doenças infecciosas. Essa gama de intervenções vem contribuindo para uma vida mais longa e com qualidade, embora a realidade do nosso país ainda seja bastante precária.

Podemos considerar o envelhecimento como um conjunto de processos e não um processo de adoecimento (MOTTA, 1999). Esse conjunto evolui paulatinamente

umentando as chances de doenças degenerativas; diferentemente de um corpo jovem, onde a resistência física e orgânica é maior, combatendo mais facilmente as doenças. A vulnerabilidade a patologias na idade avançada não é uma enfermidade, e sim uma realidade que faz parte da evolução do ciclo biológico. Entre as diversas teorias para explicação desse processo, caracteriza-se como a perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo diante das mudanças, reduzindo a flexibilidade dos mecanismos fisiológicos que regulam o equilíbrio, diminuindo com o passar do tempo, as capacidades de reservas e comprometendo funções orgânicas (MOTTA, 1999).

Considera-se, atualmente, o período de vitalidade máxima aproximadamente até os 30 anos. Embora aconteça de formas diversas e sem um marcador biofisiológico definido (para alguns autores: menarca e menopausa), a partir desse período inicia-se então o envelhecimento das primeiras células orgânicas (MOTTA, 1999).

Ainda que o envelhecimento não seja sinônimo de doença, não se pode negar que, à medida que as pessoas vivem mais, ampliam-se também as suas chances de desenvolver doenças, cuja prevalência aumenta significativamente com o passar da idade (SANTOS, 2003).

O processo do envelhecimento é complexo, entendendo as possibilidades de verificar o paradoxo entre o medo e as perdas com os ganhos e as boas expectativas. Para Zuben (2001, p.173), “o fenômeno do envelhecimento consiste na complexidade dialética de perdas e conquistas...”. As mudanças que ocorrem com o passar do tempo são progressivas, exigem trabalho físico e psíquico de adequação, o que nos remete ao percurso da existência humana.

Atualmente existe o estudo sobre a capacidade de adaptação à idade avançada, o envelhecimento satisfatório e bem sucedido. É um enfoque positivo do envelhecer, minimizando as perdas e potencializando as experiências da trajetória de vida, mesmo

aquelas, entre outras, relacionadas à morte de pessoas próximas, a aposentadoria e a afastamentos. Paul e Margaret Baltes (1990) explicam o “envelhecimento de sucesso como um processo de otimização seletiva com compensação”. São estratégias utilizadas pelas quais um idoso mantém a funcionabilidade na execução de tarefas selecionadas, entendendo como necessidades, para ele, mais importantes. Otimiza suas reservas através de treino e da prática constante de habilidades antigas e compensa suas perdas através de adaptações: uso de óculos, aparelho auditivo, bengala, listando afazeres com horários e compromissos, etc.

Distintamente do envelhecimento biológico, que se caracteriza pelo estudo dos declínios e das perdas de potencialidades morfo - funcionais do homem, o estudo do envelhecimento psicológico, atualmente, tem como foco de atenção não só as perdas, mas as mudanças que podem ser descritas; salientando também pontos favoráveis de ganhos.

Para Eliopoulos,

No final da vida as pessoas atingem um sentido de personalidade que lhes permite demonstrar individualidade e prosseguir em direção a sua auto realização. Dessa forma, são capazes de apresentar harmonia com seu ambiente interno e externo, compreender o seu valor próprio, manter relacionamentos sociais completos e profundos, adquirir um sentido de finalidade e desenvolver as muitas facetas do seu ser (2005, p.27).

Até os anos 1970, a psicologia e a gerontologia consideravam o desenvolvimento e o envelhecimento como processos opostos (NERI, 2001), porém, a emergente área da psicologia do envelhecimento considera o potencial de desenvolvimento do ser humano em todo seu ciclo vital.

De acordo com Motta (1999), as alterações psicológicas decorrentes do envelhecimento, não se relacionam necessariamente a perdas nas capacidades mentais. As dimensões psíquicas vão se transformando de acordo com interações de fatores individuais e sociais: educação, trabalho, matrimônio, experiências de vida.

Na velhice, existe maior capacidade de aprendizagem em situações práticas, maior habilidade e/ou capacidade de enfrentar trabalhos que exijam paciência e precisão, capacidade de compensação e estratégias mais aguçadas. São características inerentes à expressão de sabedoria nesse período da vida (GUERREIRO e RODRIGUES, 1999).

Importante salientar que existe também uma complexa interferência no processo de envelhecimento além dos fatores físicos e psicológicos; também os sociais, econômicos e culturais marcados pelos “padrões” de cada época. Se, por um lado, o fenômeno de envelhecer é extremamente individualizado, por outro, deparamo-nos com a influência externa de grupos sociais entendendo e interpretando e contaminando a “vida de cada indivíduo em sua auto-imagem, na relação consigo mesmo, na sua capacidade de construir seu próprio caminho, de se adaptar ao meio [...] na sua relação com os outros, idosos ou não” (GUERREIRO e RODRIGUES, 1999, p.53).

Ainda que a imagem do idoso, ao senso comum esteja associada à doença, 80% deles estão com sua autonomia e independência preservadas (VERAS, 1999). Compreender que o envelhecimento saudável está diretamente relacionado com a qualidade de vida faz parte de uma gama de intervenções para que no seu cotidiano, o idoso seja aceito e integrado, podendo participar das atividades sociais. Otimizar o percurso do envelhecimento bem-sucedido, com a manutenção da autonomia, com a possibilidade do indivíduo manter sua identidade, sua capacidade de interação com o mundo e melhor aproveitamento das potencialidades, estimula o sentido de sua existência.

Por outro lado, outra porcentagem da população idosa tem dificuldade ou incapacidade de realizar as atividades cotidianas. As tarefas motoras ficam comprometidas com a perda da capacidade funcional, são atividades destinadas a satisfazer nossas necessidades básicas: as atividades da vida diária (AVD) referem-se aos cuidados pessoais básicos como tomar banho, se vestir, se alimentar, enfim, cuidados pessoais de higiene. As

atividades instrumentais da vida diária (AIVD) referem-se a tarefas mais complexas do cotidiano como cozinhar, cuidar da limpeza da casa, fazer compras e utilizar meios de transporte (Moragas, 1997).

Modificações também ocorrem em mecanismos cognitivos (relacionados ao processamento de informações) como a perda da memória imediata e da memória de curto prazo, acarretando prejuízo sobre os comportamentos de vida diária e sobre as possibilidades de fazer novas aprendizagens. Entretanto, estas perdas podem ser compensadas pelo desenvolvimento de conhecimentos práticos, referentes à organização e ao manejo do meio ambiente (NERI, 1993).

A memória é uma complexa função mental, para além dos limites da cognição e se interage com outras funções maiores: afeto, motivação, criatividade; e as funções básicas como manutenção do equilíbrio orgânico. Na memória “...residem os elos de nossa construção pessoal, impregnados de afeto, dando sentido às nossas vidas” (GUERREIRO,1997 apud GUERREIRO e RODRIGUES, 1999, p.56). Entretanto, devemos considerar que as dificuldades de memorização, de aprendizagem e pensamentos elaborados acontecem em qualquer etapa da vida, não exclusiva da velhice. O esquecimento é um mecanismo fisiológico para a eliminação de informações não importantes. Esse processo inicia-se na percepção, e esta é individual. Cada pessoa capta aquilo que lhes é importante, que faz sentido a sua vida. Os insucessos atribuídos à falhas de memória, podem ser equívocos, muitas vezes a informação não foi registrada. Portanto, não é uma característica negativa do idoso.

Embora muitos idosos tentem mostrar sua capacidade para romper barreiras e mostrar sua criatividade, são, muitas vezes, bruscamente impedidos. Sua “competência¹²”

¹² Teoria do Colapso da Competência, formulada inicialmente por Kuypers e Bengston (1973). Analisa conseqüências negativas (colapso da competência) que podem acompanhar crises na idade avançada: perda da saúde, de peso do companheiro e por outras perdas que desafiam a competência social do idoso levando a uma espiral de resultados negativos. (Teorias Sociológicas do envelhecimento, Siqueira, M. E. Catunda de, 2001).

passa a ser entendida como comprometida, conseqüentemente, sua independência e autonomia são fígadas e muitos de seus sonhos também. Entretanto, mesmo não existindo estado de inércia nos seres vivos e ainda que esteja claro o processo de crescimento de nossas capacidades, existem inevitavelmente os limites que devem ser respeitados. Nesse contexto, o que acontece com os “mais velhos”, muitas vezes, é receber o tratamento dedicado a crianças por parte daqueles de seu entorno social e da própria sociedade. Trata-se de mantê-los entretidos e assistidos, pois deles escapa, assim se supõe, a capacidade de decisão própria” (DIOGO, 2005).

Dessa maneira, roubam-lhes a dignidade e autonomia, podendo ser até por excesso de zelo. Muitas vezes nos deparamos com a situação inversa, a falta de assistência, de atenção. Quando o idoso começa a “dar trabalho”, os parentes mais próximos preferem abster-se da situação problema. Em consenso familiar, colocam “seus idosos” em casas de repouso, asilos ou algo dessa natureza, revezando a obrigatória visita esporádica. São retirados de suas casas, de seus móveis, de seus enfeites, de suas fotos. Não se respeita a autonomia, o desejo, a opção do idoso. Uma ditadura justificada pela melhoria da saúde e do bem estar.

Para Neri (2001), é complexo definir conceitos sobre mocidade e velhice, saúde e doença, ganhos e perdas. Tais conceitos são suscetíveis a critérios subjetivos como: valores, anseios, padrões sócio-culturais como também, comporta variabilidade intra e interindividual. Entretanto, a capacidade funcional tem hoje um novo paradigma na saúde do idoso, entendendo “Saúde” como o resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental e independência na vida.

De acordo com Birren, Schaie, e Schoroots (1996) apud Neri (2001), os conceitos mais aceitos sobre envelhecimento podem ser classificados em três tipos de envelhecimento:

- O primário é um fenômeno universal progressivo, gradual e acumulativo do organismo. Atinge a todos os seres humanos e está sujeito a influências que determinam diferentes maneiras de envelhecer. Não é doença.
- O envelhecimento secundário ou patológico está relacionado a doenças associadas ao envelhecimento e não às mudanças esperadas e naturais desse processo. Como exemplo as cerebrovasculares, demência senil e neurológica e ainda certos tipos de neoplasias que, na velhice, apresentam uma probabilidade maior de ocorrência.
- O envelhecimento terciário ou terminal é caracterizado por um padrão de declínio resultado da acumulação de efeitos do envelhecimento normal e do patológico. Estão incluídas as perdas físicas e cognitivas. É reconhecido como o limite máximo da capacidade de regeneração celular, ao término da qual a pessoa morre.

3.2 O COMPLEXO PROCESSO DO CUIDAR DO IDOSO

O cuidado é uma dimensão ontológica do ser humano. De acordo com Boff (1999), não é somente uma função, uma tarefa. Para este autor, o cuidado é uma forma de “ser-no-mundo”, pois atitudes e comportamentos do cotidiano expressam a preocupação com o cuidado. Embora suas formas de expressão possam ser as mais variadas, inicia-se na família, como expressão de vínculo afetivo e estende-se ao campo profissional nas situações que se fazem necessárias.

Compreendendo a necessidade do ser humano em seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais, o cuidado holístico é essencial. Na última década, principalmente, vem sendo

um tema bastante abordado, com a finalidade de educar estudantes e trabalhadores da área da saúde. A discussão desse tema em jornadas, cursos e congressos de enfermagem têm como objetivo a conscientização da importância do cuidado, para além de científico, humanizado.

O processo de cuidar, baseado em dimensões humanísticas, não está necessariamente ligado à cura, mas ao cuidado propriamente dito como necessidade essencial humana. “Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado mesmo sem cura” (SANTOS, 2003, p.140).

A complexidade do processo de cuidar está relacionada a um conjunto de interpretações e experiências. As dificuldades e facilidades desse processo incluem o analisar, o refletir, o aprender e o fazer. Sobretudo, para Eliopoulos (2005), um significado e uma finalidade de mobilização de recursos internos e externos com objetivo de enfrentar ou superar a doença, restaurando funções do corpo, da mente e do espírito para a saúde e para a cura.

O cuidado humanizado é mediado pela compreensão das práticas culturais e suas influências nesse processo. Os valores e as crenças dos cuidadores (sejam estes profissionais de enfermagem que trabalham em instituições ou pessoas treinadas para prestação do cuidado domiciliar) traduzem seu modo de pensar e, conseqüentemente, o modo de agir, tanto na implementação do seu trabalho, como também, no seu cotidiano. “O cuidado tem relação com a essência da enfermagem e da sustentação à sua epistemologia, sendo mediado pela cultura” (LEININGER, 1991 apud SANTOS, 2003).

Essas práticas, muitas vezes, se contrapõem entre dificuldades e facilidades durante o desenvolvimento do trabalho assistencial. Por um lado, o profissional, com suas técnicas, práticas e seus objetivos; por outro, o idoso que está recebendo os cuidados, com suas fragilidades e ansiedades e necessidades. Essa realidade permeia a relação e muitas vezes,

gera desgaste entre as partes. A partir daí, surgem as manifestações de tensões e conflitos, e, como consequência, a rejeição do cuidador por parte do paciente. Muitas dessas tensões são atribuídas à insegurança e ou descontentamento originados dessa relação.

É necessário que o profissional da saúde, além de capacitações técnicas, tenha informações e conhecimentos que o oriente para evitar atitudes falhas. Essas podem acabar por antecipar dependências que poderiam ser trabalhadas, objetivando a manutenção e preservação da autonomia do idoso doente. A compreensão, a paciência e a habilidade durante a prestação do cuidado devem procurar maximizar as capacidades e minimizar as perdas (SANTOS, 2003).

Entretanto, muitas dessas ações de auxílio estão relacionadas com a demonstração de afeição, carinho e amor. Priva-se o idoso do autocuidado (atividades com sua alimentação, com seu corpo, outras) justificando que o auxílio seria a forma mais eficiente na prestação do cuidado. São práticas não tão raras de serem encontradas no cotidiano de pessoas que trabalham com idosos que poderiam ser mais bem elaboradas se os mesmos recebessem orientações adequadas e dirigidas para determinadas ações. Em relação à educação, são competências e habilidades a serem orientadas, desenvolvidas e supervisionadas pelo chefe da equipe. A intervenção deve acontecer quando uma circunstância incomum impossibilita o idoso de desenvolver alguma atividade específica (ELIOPOULOS, 2005).

Muitas dessas ações, previamente refletidas, evitariam que situações do gênero evoluíssem a proporções maiores, como por exemplo, o aumento gradativo do grau de dependência. O entendimento de profissionais, é que o excesso de cuidado tornaria a assistência mais aceita por parte do paciente e familiares, justificando a demonstração de dedicação, disposição e atenção para com o idoso, é um fato real, entretanto, essa interpretação é errônea. A percepção do cuidador em relação ao *feedback* é de extrema importância para que não acabe em ações generalizadas e bem aceitas socialmente; “cuidar

bem está associado a normas sociais” (SANTOS, 2003, p.149).

O impasse cultural entre gerações se faz muitas vezes presentes de acordo com hábitos e costumes advindos de uma formação relacionada ao tempo vivido com aceitações pertinentes a cada época da vida, quando a cultura social do cuidador é diferente do idoso a ser cuidado.

Situações em que existe uma naturalidade nas ações dos cuidados para o profissional, para o paciente idoso são complexas e envolvem tabus representados por valores pessoais, cultivados e vividos ao longo de sua vida. Por exemplo, a inibição, timidez ou pudor. A exposição ou manipulação do corpo tem significados e interpretações distintas entre os mesmos. As rotinas de algumas práticas tornam-se naturais para quem as faz, mas não para quem as recebe.

A privacidade do idoso, muitas vezes, é invadida, quando deveria ser preservada e respeitada, não entendida como “coisa ultrapassada”. A nudez, como exemplo, ilustra de modo efetivo essa situação. Muitas vezes o idoso quer tomar banho sozinho, e mesmo tendo capacidade para tal, não é permitido que ele o faça. O tempo usado por um idoso para realizar tal atividade, sozinho, considerando as proporções de seu ritmo mais lento e sua agilidade diminuída, é fatalmente maior do que com auxílio de outra pessoa. Encontramos tentativas de explicações para esse fato como a interpretação de que essa “demora” prejudicaria outras atribuições que o cuidador (formal ou informal) teria que desempenhar, atrasando então o restante dos afazeres.

Usam-se justificativas do tipo: “não é possível pois o idoso não se lava direito”, “pode cair no banheiro, é perigoso”. Ainda que muitas vezes essas justificativas sejam condizentes com situações reais, outras vezes não estão relacionadas com a necessidade de idosos que possuem capacidade preservada para tal.

Importante salientar que muitos idosos são absolutamente capazes de decidir sobre

seus interesses, escolhendo o que seria mais adequado para si em seu cotidiano. O problema é que a família, a sociedade e os próprios profissionais da área nem sempre oferecem espaço para que ele ocupe seu próprio espaço.

Muitas vezes, algumas simples adaptações físicas no ambiente (tapete de borracha, apoio lateral ou cadeira para que o mesmo possa sentar-se durante o banho) fariam com que a preservação do desempenho do idoso fosse satisfatória para ele e ao mesmo tempo segura.

De acordo com Santos,

Compreender o significado do cuidado e de suas repercussões na vida de quem cuida e de quem é cuidado é uma preocupação que, na enfermagem, remonta a meados do século XIX com os trabalhos de Florence Nightingale (2003, p.140).

Devido à perda natural de certas habilidades, muitos dos trabalhos que se tem com idosos, são dirigidos à prevenção de acidentes e supervisão das atividades instrumentais da vida diária, o que torna esse processo na maioria das vezes, desgastante.

O processo de cuidar permeia a individualidade de cada ser humano. Deve otimizar as possibilidades de cada idoso, selecionando as atividades para auxílio das quais o doente está definitivamente incapacitado de desenvolvê-las. “Os recursos pessoais são importantes na avaliação da situação de cuidado” (SOMMERHALDER, 2001, p.64). É uma das maneiras de estimular o auto-cuidado e ao mesmo tempo, preservar sua autonomia e liberdade. Dessa maneira, estaremos devolvendo ao idoso algumas de suas maiores satisfações: sua escolha, sua independência (mesmo que parcial), sua particularidade e sua intimidade.

De acordo com essa idéia, Eliopoulos (2005, p.27) reforça: “fortalecer a capacidade

de autocuidado do indivíduo [...] proporcionar assistência direta, agindo, fazendo ou assistindo o idoso quando as exigências não puderem ser preenchidas independentemente.”

3.3 MITOS E ESTERÉOTIPOS INFLUENCIANDO ALUNOS

As caracterizações da velhice nos fazem refletir sobre mitos que a sociedade tem construído e perpetuado a respeito do "velho", fazendo-nos buscar as interpretações desses conceitos¹³. São crenças construídas, vividas e compartilhadas, sob a perspectiva de determinados valores culturais com o grupo no qual o indivíduo está inserido. “Os conceitos, os preconceitos e os estereótipos são transmitidos de geração em geração, muitas vezes sem que se perceba” (CACHIONI, 2003, p.131). São entendidos como crenças válidas para determinados grupos, de acordo com o momento histórico, social, cultural e político, interferindo na dinâmica pessoal e coletiva.

A visão que a sociedade tem hoje do mundo da velhice pode ser considerada, entre outros aspectos, uma construção de marketing: como os idosos são representados na mídia, principalmente com ênfase em características negativas e pouca representação dos mesmos. “A pressão da publicidade, cuja origem não é fácil detectar, impõe ao envelhecimento uma imagem forçosamente contrária a da *top model*” (FORETTE, 1998, p.26). É um modelo de perfeição, uma “imagem miraculosa de um instantâneo da vida” que se propõe ao público e, evidentemente, é impossível de alcançar ao envelhecer. A gerontologia assegura as possibilidades do envelhecer bem sucedido, mas não ilude que as pessoas com 50, 60, 70 ou 80 anos possam atingir padrões dessa imagem produzida e almejada.

¹³ Conceitos são categorias cognitivas que resultam de atividades intelectuais classificatórias. Podem relacionar-se a fatos ou a teorias, mas podem referir-se a percepções parciais, intuições e a distorções cognitivas de vários tipos. É precisamente nesse ponto que eles se interligam aos preconceitos e estereótipos. CACHIONI, Meire, Quem Educa os Idosos, capítulo 6, pág130, Editora Alínea, 2003.

A representação social da velhice e as características negativas do envelhecimento são enfatizadas e difundidas pelos veículos de comunicação. Esse fenômeno aumentou com a passar do tempo e atualmente tornou-se bastante evidente. São características das sociedades que valorizam a eficiência, a produtividade, a juventude, a beleza, a força e a saúde.

O processo de produção e consumo deu origem a valores que discrimina o idoso. Atualmente, existe em excesso o culto ao corpo, a valorização da beleza física e da juventude. Conforme já dito, quando a percepção do próprio envelhecimento começa a se evidenciar através do aparecimento dos cabelos grisalhos, das primeiras rugas, da pele mais ressecada, paralelamente, surge a negação.

Poucos são os idosos que se conformam com sua condição e muitos são aqueles que não aceitam ser chamados de "velhos", uma vez que, nesse caso, o termo é utilizado com conotação depreciativa. A idéia que se vende da velhice feliz consiste em parecer jovem e leva muitos idosos a não se aceitarem, vivendo da juventude que possuíram, do passado e desconhecendo os valores de sua própria velhice.

Os mitos, os estereótipos, as crenças e generalizações sem veracidade sobre envelhecimento, contribuem para a representação de velhice relacionada apenas com limites, as dificuldades, doenças e incapacidades, o que dificulta o processo de aceitação do envelhecer. Entretanto, o prolongamento da perspectiva de vida com qualidade, coloca um novo desafio para a ciência e para a sociedade, refletir a maneira ao longo do curso de vida. O mundo dos negócios e da indústria deverá integrar-se a essa realidade e o mundo universitário deverá, outrossim, considerar a mudança desse perfil e se fará necessário à educação e a formação permanente. Os sistemas de saúde e organização social deverão adaptar-se. Todos os setores públicos e privados sofrerão conseqüência desse perfil demográfico, pessoas acima dos 50 anos. Para o mundo da publicidade e da mídia serão

necessárias novas estratégias em busca do público-alvo para seus produtos (FORETTE, 1988).

Acima de tudo, a opinião pública não compreende ainda que o envelhecimento mudou completamente. Se o número de pessoas com mais de 50, 60, 70 ou 75 anos aumenta, o próprio envelhecimento diminui. A maior parte dessa população vive em notáveis condições de autonomia, saúde e produtividade (FORETTE, 1998, p.17).

A construção da imagem negativa do envelhecimento está também relacionada às condições de doenças que impõem dependência, dor e abandono. No imaginário dos indivíduos seria insuportável essa situação, deprimente, tanto para quem envelhece, como para os mais próximos que arcariam com cuidados. É o resultado de uma imagem negativa colaborando para a construção de mais um mito: as pessoas idosas são sempre doentes. A inclusão de pessoas idosas na categoria de pessoas doentes para Forette (1998), implica em duas principais conseqüências nefastas: 1- dá-se uma imagem desastrosa e falsa do envelhecimento; 2- deixa-se de considerar as pessoas idosas verdadeiramente doentes como pacientes que precisam de cuidados e de utilizar os avanços da medicina.

Os preconceitos podem ser gerados pelo desconhecimento ou pela desconsideração dos critérios que definem as classes e o grau de generalidade e de singularidade dos elementos que as compõem. Características não suficientes, entendidas como evidências, levam ao processo de supergeneralização (CACHIONI, 2003). Em relação à velhice, os preconceitos são inúmeros:

- a inteligência diminui com a idade,
- o idoso não aprende,
- o idoso perde a capacidade sexual,
- a velhice é a melhor idade da vida,

- idoso só deve conviver com idoso,
- ser velho é ser doente,
- o idoso está mais perto da morte,
- idoso não tem futuro,
- o aposentado é mantido pelo governo sendo um peso para a sociedade,
- todo velho é igual,
- os velhos são mais propensos a acidentes do que os jovens e outros.

São conceitos errôneos que precisam ser desmistificados, equivocados pela supersimplificação, onde algumas características reais ou presumidas de grupos de indivíduos são selecionadas (CACHIONI, 2003). São os estereótipos¹⁴ que auxiliam o ser humano, a princípio, na compreensão do mundo, mas quando aparecem como supersimplificações da realidade interferem nas interpretações das diferenças individuais. Como consequência, em relação ao senso comum, encontramos pessoas dizendo que todos os velhos são ranzinzas, implicantes, ultrapassados, solitários, dependentes ou sábios.

O BLSA¹⁵ (Batimore Longitudinal Study on Aging) é um estudo iniciado em 1958 e “elaborado com o objetivo de examinar os efeitos físicos, mentais e emocionais do envelhecimento em pessoas saudáveis” (HAYFLICK, 1997). Os resultados já produzidos e ainda em andamento foram “resultados fascinantes e até com grandes surpresas que mudaram a nossa compreensão do processo de envelhecimento” (HAYFLICK, 1997). Os

¹⁴ Estereótipos: do grego *stereós*= sólido, firme + *typos*= modelo, símbolo, exemplar (CACHIONI, M.;2003).

¹⁵ O estudo longitudinal de Baltimore sobre o Envelhecimento (BLSA) é realizado em Batimore, Maryland, no Nathan W. Shock Laboratoris, no Centro de Pesquisa em Gerontologia, parte do Intituto Nacional do envelhecimento. Aproximadamente 150 gerontologistas participam da pesquisa e dedicam-se ao estudo em tempo integral. Iniciado em 1958, com mais de 30 anos, 2.200 voluntários participam há treze anos, pois muitos idosos já morreram. Metade dos voluntários entraram no estudo antes dos 50 anos (HAYFLICK, Leonard, 1997).

resultados revelaram informações novas e confirmaram algumas idéias que eram supostas anteriormente.

Uma das descobertas em relação às mudanças associadas à idade é que no idoso elas ocorrem com uma velocidade menor que as mudanças de desenvolvimento que ocorrem anteriormente à maturidade sexual e estão relacionadas à perda funcional com grande diversidade entre os idosos, pois estes apresentam uma gama maior de variação individual em aspectos psicológicos e fisiológicos em relação aos adultos jovens. Por exemplo, os cientistas do BLSA “encontram pessoas com 80 anos extraordinariamente jovens e pessoas de 40 anos extraordinariamente velhas”. Esse fato nos remete a desmistificação de outro grande mito que “todo velho é igual”. O BLSA identificou que na ausência da doença, os traços de personalidade permanecem basicamente durante a vida toda (a crença comum de que a personalidade e o humor de pessoas mais idosas muda é um mito. Não há indício também que se tornem hipocondríacas).

Existe uma tendência da heterogeneidade aumentar com a idade, principalmente por estilos de vida diferentes, oportunidades de educação, situação econômica, papéis sociais e fatores de personalidade” (NERI, 2001). Entretanto, nossa realidade mundial é de precariedade do nível educacional, da saúde e da incapacidade como resultados da pobreza, fornecendo condições sociais mínimas às pessoas no decorrer da vida e conseqüentemente com resultados posteriores semelhantes.

Outro mito é sobre a doença e envelhecimento. Conforme já descrito anteriormente, são processos diferentes. Nem todas as pessoas ficam doentes, mas todas elas envelhecem, é um processo natural pelo qual todos nós passamos ao longo da vida. Os estudos de corte transversal mostram que as funções fisiológicas normais apresentam uma queda associada à idade avançada. Entretanto, o BLSA evidencia que existe uma variação individual bastante considerável. Durante o envelhecimento acontecem mudanças bastante específicas

para cada ser humano e também para cada um de seus órgãos. Em relação à velocidade da degradação ou a falha das células que compõem esses órgãos, acontecem em ritmos diferentes. Não podemos comparar por exemplo, duas ou mais pessoas nascidas no mesmo dia, no mesmo mês e no mesmo ano; as mesmas apresentam características diferentes em sua cognição e capacidade física.

Os cientistas do BLSA estudaram a função pulmonar, metabolismo, acuidade visual e auditiva e a coordenação motora de mais de mil homens. Avaliaram posteriormente a funcionabilidade e o desempenho, independentemente da aparência física e da idade cronológica de cada um deles. O resultado foi de que “nem os especialistas foram capazes de estabelecer correspondência entre idade cronológica e biológica” (HAYFLICK, 1997, p.135).

Esse estudo vem desvendar também o mito de que os “homens e as mulheres envelhecem do mesmo jeito”. Em relação às mudanças na aparência, ambos os sexos apresentam redução na estatura de aproximadamente 0,15 milímetro por ano, com início desse processo aos 30 anos. Com o passar da idade, as extremidades afinam e o tronco torna-se mais grosso. A mastigação e a arcada dentária mudam com o envelhecimento em ambos os sexos aumentando a probabilidade do aparecimento de cáries. A quantidade de produção salivar permanece estável. A quantidade de gordura permanece praticamente constante com a idade, porém, a distribuição é diferente. Notou-se um acúmulo maior nas coxas, sendo a queda do abdome relacionada à perda de tônus muscular. Ao contrário da crença popular, “a expectativa de vida não é maior para os mais esbeltos, mas para os que se mantêm no ponto médio de peso desejável” (HAYFLICK, 1997, p.135).

Entretanto, para além dessas semelhanças, nem entre os idosos do mesmo sexo, menos ainda entre sexos diferentes, o envelhecimento é igual. As mulheres tendem-se a cuidar mais e passam um longo período tratando doenças crônicas (cardiovasculares,

diabetes, câncer) e degenerativas, atingindo uma expectativa de vida de 50 anos nos países menos desenvolvidos e chegando até 80 anos nos mais desenvolvidos (NERI, 2001), embora em ambos os países possuam um tempo maior de vida. Os homens adultos estão mais expostos a riscos como acidentes, violência, efeitos deletérios do trabalho, alcoolismo, infarto do miocárdio. São mais resistentes a tratamentos das doenças crônicas e como resultado, acabam vivendo menos.

O mito de que “a maioria dos idosos vive em países desenvolvidos” também é falso. Aproximadamente, 60% dos idosos vivem em países em desenvolvimento (NERI, 2001). Com a melhoria das condições sanitárias, nutricionais, habitacionais e as medidas preventivas de saúde, como a vacinação e controle de infecções, têm aumentando a expectativa de vida nesses países, com a conseqüente diminuição da mortalidade prematura.

Quanto à atividade e ou mudança sexual- “todo idoso perde a capacidade sexual”, o BLSA mostra que as fantasias sexuais reduzem proporcionalmente à medida que a idade avança e no sexo masculino a atividade sexual está relacionada à frequência de fantasias sexuais. A contagem de espermatozoides por unidade de volume permanece a mesma, mas a proporção de espermatozoides prematuros aumenta com a idade. Os homens sexualmente mais ativos apresentam nível discretamente maior de testosterona. A frequência relativa da atividade sexual não muda com a idade. “Os homens mais ativos aos setenta anos também foram mais ativos aos 20 anos” (HAYFLICK, 1997, p.137).

Quanto ao mito “os idosos não têm nada a oferecer, representam um peso para a sociedade”, esse mito, segundo Neri (2001), tem origem na dificuldade de as nações desenvolvidas e em desenvolvimento darem conta de proporcionar benefícios e proteção social aos mais velhos e, na falta de soluções, as vítimas são apontadas como as culpadas.

As estatísticas mostram que os idosos são produtivos. Com participação de 53% no

orçamento da família, brasileiros acima de 65 anos provam a força de seu trabalho e contribuem com a renda do país¹⁶. As aposentadorias e pensões, pagas pela Previdência Social, acabam atendendo não só aos mais velhos, como também aos seus familiares. E a maioria recebe benefícios de um salário mínimo. Embora com valor mínimo, é com essa renda que muitas famílias resistem à pobreza e sobrevivem. Nessa perspectiva, os idosos são um fator de equilíbrio social, não um peso social.

No Brasil, os mais velhos continuam trabalhando. O trabalho rural, a agricultura, ainda mantém homens e mulheres trabalhando durante toda a vida. Nas atividades informais são encontradas muitas pessoas mais velhas que nunca foram formalmente empregadas porque não tiveram oportunidades educacionais para tanto ou porque foram desempregadas precocemente. Os trabalhos não pagos, como cuidar de crianças, cuidar de doentes, tomar conta da casa são de importância indiscutível. Conforme Neri (2001), no Brasil, o trabalho informal representa possibilidade de sobrevivência para uma vasta maioria da população, incluindo crianças e mulheres.

Quanto ao mito de que idosos só devem conviver com idosos, teóricos do assunto relatam que a convivência com outras pessoas de diferentes faixas etárias proporciona a troca: dar e receber experiências, afeto, emoções. Esse processo de relação com outras gerações é benéfico para ambos os lados (NOGUEIRA e SOMMERHALDER, 2000). A transmissão de conhecimentos e o conceito de família estão interligados nessa relação.

Evidentemente, não é qualquer tipo de interação entre gerações que tem bons resultados. Conhecer melhor as relações entre gerações é uma necessidade crescente [...] As gerações mais velhas têm um referencial de padrões sociais e culturais. Esses modelos, porém, não estão em comunhão com o momento atual; logo, elas percebem que as coisas estão diferentes e ficam em dúvida sobre o que fazer ou como agir (NOGUEIRA E SOMMERHALDERT, 2000, p. 103 e 104).

¹⁶ Pesquisa da economista Ana Amélia Camarano, coordenadora da área de pesquisa em população e família do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ([Ipea](http://ipea.gov.br)).

Para o convívio positivo entre gerações, é necessária a flexibilidade de posturas diante da vida. O relacionamento intergeracional pode gerar adaptações e mudanças quando permeados pelo diálogo, pela comunicação. As opiniões diversas podem e devem existir, as trocas de experiências auxiliam na revisão de idéias, posições, atitudes e comportamentos incentivam a uma dinâmica em busca do equilíbrio entre as gerações.

Para Santana (2001), a diferença do tempo antigo para o tempo atual acerca dos valores da história vivida, se dá, muitas vezes, porque os idosos não aceitam o presente e os jovens negam a importância do passado. É gerado, a partir daí, um movimento de tensão nessa relação: são os conflitos de gerações. O passado é visto pelo jovem como ultrapassado, como época e o tempo atual, como modernidade, mudanças e transformações. Os idosos não podem, muitas vezes, aceitar o presente com suas verdades e diferenças, valorizam o seu tempo, os seus métodos, a sua educação e seus valores.

O contato com crianças, a participação em seu processo de desenvolvimento também re-significa a vida dos avós. A vida ganha novos ares e os velhos sentem-se leves como se tivessem bebido um gole de vida, brincam como se também fossem crianças (SANTANA, 2001, p. 230).

Outro contato gerador de conflito é a relação entre avós e netos. Nesse caso, principalmente em relação ao modo de educação que os avós muitas vezes criticam: o processo de criação de seus netos. Entendem como “inexperiência” de seus filhos o excesso de liberdade, de direitos e autonomia que concedem a seus netos. Mais um movimento de tensão entre o passado e o presente. Os métodos, valores e saberes de tempos atrás propiciam uma conotação de retrógrado ao homem atual, se integrado ao momento do hoje. Por outro lado, existe a dificuldade do velho em aceitar o tempo atual em decorrência de suas experiências de vida.

As diferenças e as barreiras quando essas culturas (antigas e novas) se defrontam, acabam resolvidas por serem permeadas pelo afeto e diálogo. Existe espaço para que

ambas as gerações se mostrem e troquem saberes entre si. É importante a diferença de práticas e idéias entre gerações como desafio para novas realizações e projetos.

Oliveira (1999, p.30), atribui o “processo pelo qual avós e netos vão constituindo e reconstruindo mutuamente como sujeitos [...] mediatizado pela cultura. Ou, mais precisamente, por um trabalho de criação, recriação, produção e reprodução da cultura”.

Quanto ao mito de que “o idoso não tem futuro, está mais perto da morte”, necessitamos de esclarecimentos a respeito da morte. A velhice é sem dúvida o último estágio do desenvolvimento, fase final do organismo humano e animal em sua evolução. Nessa perspectiva, pode ser interpretada como estágio final da vida e esse fim é claramente a morte. Entretanto, não é exclusividade da velhice.

Todos estamos próximos ou distantes dela, em razão de doenças, falta de segurança, acidentes, violências, entre outros, em qualquer outra fase da vida: infância, adolescência ou vida adulta. Para Santana (2001, p. 17), “a morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade [...] as mudanças no desenvolvimento também retratam mortes em suas mudanças de fase.” Todas as mudanças de condições conhecidas, as perdas de sonhos para o exercício de profissões, as responsabilidades que aparecem no decorrer da vida referente a trabalho, família, separações e outros, caracterizam morte do estado em que o ser humano se encontrava anteriormente.

Existem, na verdade, outros problemas inerentes à velhice (abandono, solidão, restrições, isolamento, etc) além da própria morte, até porque o idoso está, na maioria das vezes, preocupado com a vida. Está em busca da vida, de qualidade de vida, de ressignificar sua vida.

Em relação à morte, podemos entender com as revelações do BLSA que não existe um processo único de envelhecimento em relação à velocidade e padrão. São resultados da

interação de fatores genéticos, ambientais e estilos de vida individuais. Muitas das debilidades podem ser causadas pelas doenças e não pelo envelhecimento como processo.

Entendemos os mitos como crenças erradas de uma sociedade que se embasa no senso comum e que a idade cronológica não é um fator confiável do envelhecimento, “embora seja uma medida comprovada dos aniversários e dos presentes recebidos” (HAYFLICK, 1997, p.140).

De acordo com Cachioni (2003), Robert Butler, gerontólogo, em 1969 designou o termo “ageism”, para descrever os preconceitos científicos que resultam de falsas crenças e discriminação social a respeito dos idosos, baseado no critério cronológico. Rebok (1981) propõe que o mesmo termo seja utilizado no ambiente educacional devido a estereótipos em relação às competências intelectuais (crenças que os idosos não se beneficiam do ensino) e a capacidade de trabalho destes. Em 1979, Kalish designa de “new ageism” a uma forma de preconceitos “compassivos” focalizados no velho dependente, incapaz e sem poder político.

Em 1990, Palmore estabeleceu a existência de preconceitos positivos (salientando as qualidades como a sabedoria de alguns idosos) e negativos (generalizando limites e defeitos da velhice ou de parte dos idosos). Os preconceitos de natureza positiva ou negativa, quando positivo, “podem significar prejuízo para eles, na medida em que podem criar expectativas irrealistas de desempenho...” (PALMORE, 1990, apud NERI, 2001). Levy (2001) denomina de “ageism implícito” “os sentimentos, pensamentos e comportamentos em relação a idosos que existem e operam sem os conhecimentos das pessoas, como se fizessem parte das formas habituais de interagir com eles.”

Na reflexão sobre as práticas profissionais, Schaie (1993) afirma que na formação das atitudes em relação à velhice têm grande peso as opiniões e as ações dos cientistas e profissionais de ajuda que, muitas vezes, são preconceituosas. Como exemplo cita:

considerar todos os idosos como uma categoria homogênea, sem levar em conta diferentes condições de saúde e de estilo de vida refletem-se em diferentes manifestações de competência comportamental, atitudes, expectativas e valores; atribuição prévia de dependência física, depressão e doença aos sujeitos idosos; consideração da velhice como fase de declínio, improdutividade, afastamento e impossibilidade de desenvolvimento; inadequação de instrumentos, equipamentos e ambientes usados nas situações de avaliação física e comportamental ou coleta de dados em laboratórios de pesquisa; confusão entre efeitos da velhice e da doença, ou ainda, da velhice de baixo nível educacional; desconsideração das circunstâncias históricas como determinantes de estilos de vida e de valores dos mais velhos.

Os preconceitos em relação à velhice também estão sujeitos a interpretações extremas: um mínimo onde os rótulos sociais, as denominações e afirmações signifiquem rejeição e desvalorização; e um máximo onde o excesso de otimismo traduzindo interpretações de super valorização da velhice. O mito que todo “velho é sábio” generaliza fatores extremamente individuais como o conhecimento, o aprendizado e a história de vida de cada pessoa.

É necessário educar para o entendimento sobre as reais condições, possibilidades e comportamentos do idoso. “Como as atitudes são socialmente aprendidas, a educação desempenha um papel central em qualquer projeto de mudança de atitudes em relação à velhice” (CACHIONI, 2003, p.133).

4 SIGNIFICADO DE VELHICE E ENVELHECIMENTO

Este capítulo relata uma pesquisa qualitativa com alunos de enfermagem sobre o significado de velhice e envelhecimento.

Foi realizado um pré-projeto, com a participação de cinco alunos que permitiu realizar alterações no instrumento e modo de aplicação do questionário. Foram delimitados os pontos de interesse da pesquisa para a identificação de significados de velhice e envelhecimento em relação à concepção de cada aluno.

4.1 OBJETIVO

Identificar em alunos do curso de enfermagem da PUC-Sorocaba o significado de envelhecimento e velhice.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA E LOCAL

A pesquisa foi realizada na Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, campus Sorocaba, com um total de 133 alunos do 1º, 2º, 3º e 4º ano, sendo 80,4% dos alunos na faixa etária entre 18 a 25 anos, entre 26 a 30 anos 12,7 % e 6,7% dos alunos entre 31 a 35 anos.

Desse grupo, o gênero feminino prevaleceu com 88% e o masculino com 12% (anexo

A). Em relação ao estado civil, 88,7% solteiros, 11,3 % casados (anexo A). Esses alunos moram com: pai, mãe irmãos 63,2%; pai, mãe, irmãos e avós 9,8%, com cônjuge e filhos 15,8% e 11,2% moram com outras pessoas, por exemplo com a tia, com amigos ou sozinhos (anexo B). Em relação à convivência com idosos, 79% responderam que convivem e 21% não convivem (anexo B). Essa convivência acontece 27,85% em casa, 21,5% com vizinhos, 24,3% no trabalho e 26,4% em lugares diversos (casa do namorado, visitas a familiares idosos, reuniões de família em datas comemorativas) (anexo C).

4.3 MÉTODO

4.3.1 MATERIAL

A pesquisa foi previamente aprovada pela Comissão de Ética dessa Universidade (anexo D). O Termo de consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado para autorização da pesquisa (anexo E). Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado um questionário dividido em duas partes. A primeira, contendo dados pessoais, fornece informações sobre a identificação: iniciais do nome, idade, estágio atual, trabalho, tempo, local e outros. A segunda, com duas questões sobre o significado de velhice (anexo F).

4.3.2 PROCEDIMENTO

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2005, em momentos diferentes nas classes correspondentes a cada ano do curso. A pesquisadora explicou a proposta da pesquisa e objetivo, solicitou a colaboração dos alunos para o preenchimento, esclarecendo que a participação era voluntária. Foi entregue aos alunos que se dispuseram a participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias; uma delas ficou

com o aluno e a outra, em posse do pesquisador. Receberam, a seguir, o questionário e a pesquisadora permaneceu na sala de aula enquanto os alunos preenchiam.

No presente estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa seguida de análise dos fenômenos socioculturais e psicológicos relacionados ao objetivo do presente estudo, não visando à generalização dos resultados, mas sim uma focalização do fenômeno a ser estudado

As informações trazidas pelos alunos decorreram das suas próprias percepções, recordações, de histórias de vida, de seu cotidiano, suas crenças e da prática de suas ações. Para os dados de identificação pessoal foram construídas tabelas (expressas em porcentagem). As variáveis categóricas relevantes à pesquisa foram analisadas por técnica descritiva. Algumas respostas utilizadas para exemplificação, foram transcritas na íntegra, sem fragmentação, mudança de conteúdo ou gramatical.

4.3 ANÁLISE DAS RESPOSTAS

O material obtido nas entrevistas foi analisado de acordo com modelo proposto por Bardin (1977). As respostas foram condensadas por intermédio de procedimentos de transformação (categorias), facilitando o acesso para que se obtenha o máximo de informações (aspecto quantitativo) com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo).

As respostas foram agrupadas em categorias temáticas para realizarmos a análise de conteúdo evidenciando os indicadores (utilização de procedimentos objetivos de descrição de conteúdo das mensagens), a normalização dos enunciados (edição) e finalmente, a codificação.

A opção pela análise temática (análise qualitativa), possibilitou apreender valores, crenças, opiniões percepções e representações sobre o significado de velhice e

envelhecimento dos alunos participantes (1º ao 4º ano) acerca das questões vivenciadas no cotidiano, para que pudéssemos conhecer o que pensam em relação a esse período da vida.

Essas respostas foram transcritas e agrupadas em categorias:

- Significado de Envelhecimento:

- Sabedoria;
- Mudanças físicas e psicológicas;
- Fase da vida.

Para os alunos de enfermagem que participaram da pesquisa, o envelhecimento significa principalmente Sabedoria. As respostas do significado de envelhecimento como Mudanças Físicas e Psicológicas e Fase Natural da Vida, também aparecem com bastante frequência.

O mito que “velhice é a idade da sabedoria” ficou claro nessa pesquisa. A Sabedoria se destaca sendo enfatizada praticamente em todas as respostas. Descrita de diversas maneiras como: adquirir conhecimentos, ganho de experiências, acúmulo de saber, aprendizado, amadurecimento e outras; essa categoria perpassa, como um ganho positivo e/ou de compensação em relação a todas perdas entendidas pelos alunos durante o processo de envelhecer.

Respostas que enfatizam a categoria Sabedoria:

“Envelhecer é sinônimo de sabedoria.” (aluna, 28 anos)

“Significa amadurecer, adquirir sabedoria, experiência e perder a vitalidade em alguns pontos, por exemplo físico, estético.” (aluna, 21 anos)

“Aumento da idade juntamente com o aumento de sabedoria”. (aluna, 19 anos)

“Envelhecer é acumular experiências ao longo dos anos, quanto mais o tempo passa mais experiente a pessoa fica, mais aprendizado ela acumula.” (aluna, 21 anos)

“Torna-se mais experiente e conhecedor do mundo.” (aluno, 22 anos)

“Para mim, envelhecer significa passar por vários estágios da vida, por várias experiências, onde o tempo demarca nossos corpos todos os anos que se passaram, também demarcando nossas mentes com lembranças de tudo o que vivemos. É um processo biológico, onde há envelhecimento de todas as nossas células e uma baixa no metabolismo basal (gradativo), juntamente com um processo acumulativo de experiências psico-emocionais.” (aluna, 22 anos)

“Significa mudar. Mudar fisicamente e mentalmente, já que ao envelhecer passamos a ter uma visão panorâmica da vida devido a experiências e conhecimentos que adquirimos durante esta.” (aluna, 19 anos)

“Significa amadurecer, experiência de vida, por outro lado a aparência muda, a maneira de pensar muda, o corpo muda, apresenta debilidades.”(aluna, 28 anos)

“Envelhecer se inicia desde que nascemos, envelhecer significa aprender viver, acordar todos os dias e sentir a vida, é ganhar experiência”. (aluna, 22 anos)

“Atingir o estágio da maturidade suprema, conviver sabiamente com o resultado que foi semeado durante toda a vida, aceitar as limitações que a saúde oferece nesse estágio. Ter

bom senso para não cair no ridículo, envelhecer é árduo, precisa ter toda uma preparação durante toda a vida.” (aluna, 27 anos)

“É um processo que passamos a cada dia que passa. Sendo assim, considero uma fase de aprendizagem e aprimoramento do ser.” (aluna, 24 anos)

“Significa ter cada vez mais experiências e oportunidades para aproveitar a vida” (aluna, 22 anos)

“Envelhecer significa estar em um estágio da vida, em que se tem mais experiência de como é a vida, é poder passar essas experiências para os mais jovens, seria como se estivesse construindo uma casinha e colocado o último tijolo e agora poderá curti-la, sossegar.” (aluna, 21 anos)

A categoria Mudanças Físicas e Psicológicas aparece com uma forte tendência de enfatizar muito mais as perdas (físicas e mentais), entretanto, encontramos também poucas respostas que identificam aspectos positivos:

“Significa perder a agilidade física, o corpo diminui suas funções, adquirir características indesejáveis da evolução do tempo, inevitáveis a qualquer um.” (aluno, 22 anos)

“Envelhecer é perder lentamente suas funções vitais, com o passar do tempo, perder forças e capacidade mental.” (aluna, 25 anos)

“Envelhecer significa perda da auto-estima, da disposição para desempenhar atividades, das funções fisiológicas resultando em maior predisposição para doenças.” (aluna, 22 anos)

“Para mim significa todo o processo que ocorre ano-a-ano com as pessoas, e que ao longo de todo esse tempo ela passa a adquirir mais conhecimento sobre a vida, tem grande experiência mediante os fatos. Envelhecer também implica em mudanças e alterações físicas e alterações no físico e no organismo das pessoas.” (aluna, 23 anos)

“São as mudanças físicas e também o amadurecimento emocional, o acúmulo de experiências vivenciadas.” (aluna, 22 anos)

“Envelhecer significa sofrer as ações do tempo e suas conseqüentes disfunções sistêmicas e fisiológicas provocadas no organismo da pessoa, é tornar-se mais susceptível a adquirir patologias que acometem as pessoas à medida em que se envelhece, porém é também viver a vida, adquirir conhecimentos e experiências.” (aluna, 23 anos)

“Envelhecer significa amadurecer. Aprender com a vida, com as pessoas...e isso exige tempo deixa marcas nas pessoas, essas marcas são físicas e psicológicas, e isso é envelhecer.” (aluna, 29 anos)

A categoria Fase Natural da Vida é descrita como um acontecimento natural do ser humano, embora indesejado. Poucas respostas expressam essa fase relacionada à “coisas boas”:

“Envelhecer é um processo natural do ser humano, nascer e envelhecer.” (aluno, 35 anos)

“Processo natural, degenerativo, limitante, que podem ser minimizados por hábitos de vida, exercício e alimentação. Há perdas afetivas, preconceito, etc. Apesar de natural, não vejo nenhuma vantagem no envelhecimento.” (aluna, 28 anos)

“Para mim envelhecer é um processo natural. O indivíduo que envelhece passa a ter algumas limitações físicas, patológicas próprias da idade, porém possui uma enorme experiência de vida.” (aluna, 19 anos)

“Envelhecer para mim é algo inevitável da vida é uma fase pela qual todos passarão, porém ela pode ser realizada de forma digna e com qualidade, sendo adaptadas às dificuldades que vão sendo encontradas no dia-a dia, é um momento em que se pode aproveitar a vida de outra forma como viajar, curtir pessoas que estão ao seu lado com mais tempo.” (aluna, 25 anos)

“Diminuição fisiológica das atividades do corpo e também influenciada pelo psicológico. O idoso tem algumas limitações, porém pode manter a essência da juventude, aliada com maior maturidade e experiência. Trata-se de um processo natural da vida.” (aluna, 19 anos)

“Envelhecer é um processo natural da vida, para mim significa um estágio da vida em que todos, ou melhor, quase todos objetivos da vida já devem ter sido alcançados, é o momento em que um indivíduo deve usufruir todos os frutos que foram plantados.” (aluna, 24 anos)

“Para mim envelhecer significa uma fase da nossa vida em que reflete todas as experiências que vivemos e compartilhamos nesta jornada.” (aluna, 18 anos)

Ainda na categoria Fase Natural da Vida, o sentido de finitude associado à velhice, outro mito, esteve presente significativamente em várias respostas:

“Envelhecer significa ter muita experiência, ter passado por muitos momentos, bons e ruins, ter aprendido muita coisa com o passar dos anos. Por outro lado, envelhecer é estar cada vez mais perto da morte. À medida que a pessoa envelhece, ela fica mais vulnerável a doenças, tem dificuldades e isso faz com que ela ache que está sempre atrapalhando e dando trabalho.” (aluna, 20 anos)

“Teoricamente eu acho que seria mais experiência, ser mais tranquilo com menos preocupações, ter alcançado os objetivos da vida, envelhecer seria uma fase da minha vida que vou achar que estou perto da morte, vou ficar só esperando para morrer, me sentir inútil.” (aluna, 23 anos)

“Significa passar para o último estágio, onde podemos analisar tudo o que passamos e colher o que plantamos.” (aluna, 21 anos)

“Envelhecer para mim seria um amadurecimento dentro do ciclo natural da vida que é nascer, crescer, envelhecer e morrer. Quando envelhecemos começamos a nos preparar para a última etapa que é morrer.” (aluna, 19 anos)

“Para mim, envelhecer possui dois significados: envelhecer espiritualmente e envelhecer fisicamente. O primeiro é quando perdemos a vontade de vivenciar coisas novas, de novos conhecimentos e ter novas experiências. O segundo é quando há modificações do corpo, não há a mesma disposição. É o que mais me aflige, pois demonstra que nos aproxima do término da vida.” (aluna, 22 anos)

“Envelhecer para mim significa ‘se fechar’, não ser flexível, perder o ânimo da vida, não ter objetivos, ser frustrada, não sonhar, se irritar com tudo e com todos ao redor.” (aluna, 32anos)

“Faz parte de viver, assim como tudo tem um tempo de início, meio e fim, a vida também tem tempos, envelhecer é uma das fases da vida, dependendo de cada pessoa o envelhecimento pode ser bom ou ruim, mas inevitavelmente significa aproximação do fim.” (Feminino, 23 anos)

A possibilidade do envelhecimento bem sucedido, com a manutenção da capacidade cognitiva, adaptação e preservação da autonomia, fatores estes que interferem na qualidade de vida, ficou representada em poucas respostas desse grupo.

“Envelhecer significa aprender a viver, é ter mais qualidade de vida.” (aluno, 25 anos)

“Envelhecer é, além da diminuição do metabolismo do nosso corpo, é também saber compreender o que significa essas modificações e saber trabalha-las. Pois com o passar do tempo, adquire-se muitas experiências e sabedoria, o que eu acho ser o aspecto mais importante do processo de envelhecimento. É claro que as modificações no corpo e saúde

são marcantes e radicais, mas o mais importante é o que a pessoa faz a partir dessas transformações, em como ela usa isso.” (aluna, 22 anos)

“Para mim significa já ter vivido tudo que podia, ter adquirido muitas experiências, ser uma pessoa muito sábia, que tem muito a nos ensinar, mas não significa deixar de viver e esperar a morte chegar, como muitos dizem. Envelhecer é uma fase que todos nós passamos desde o momento em que nascemos, é uma evolução natural da vida, que todos precisam passar, apenas é preciso fazer com que ela ocorra de forma saudável e prazerosa como todas os outros momentos em que passamos pela vida.” (aluna, 20 anos)

“Acredito que envelhecer seja algo muito bom; você conta com uma bagagem muito significativa de experiências vividas. Deve ser algo mágico quando se envelhece bem, ou seja, com saúde; ver sua família crescer, desenvolver e reproduzir, deve ser muito gratificante.” (aluna, 22 anos)

O significado de envelhecimento vinculado ao estilo de vida, baseada em condições sócio-econômicas ficou exemplificado apenas nessa resposta :

“Depende em qual situação você envelhece. Para os menos favorecidos significa medo, solidão, continuidade de trabalho, dependência física, por exemplo. Para as pessoas que tiveram maiores oportunidades durante a vida, é o momento de desfrutar daquilo que conquistou. Para mim, o meu envelhecimento será o reflexo da vida que escolhi, e essa escolha estou fazendo desde agora.” (aluna, 28 anos)

Algumas respostas, evidenciam a busca da explicação para o envelhecimento entre a teologia e a filosofia como sentido de existência:

“Significa estar sólido, consolidado de suas convicções, é ter terminado todos os propósitos de Deus para a sua vida e estar satisfeito com isso.” (aluno, 28anos)

“Para mim, envelhecer não é se tornar uma pessoa inútil, que só fica em casa fazendo crochê dentre outra coisa, mas sim ser um indivíduo com capacidade para falar aos outros a real importância de viver, de contar as experiências da vida, sejam elas boas ou más... de poder dizer: Deus me deu o dom da vida e só tenho que agradecê-lo!!!” (aluna, 30 anos)

“Pelas experiências que tive e tenho atualmente, significa sofrer todas as conseqüências das atitudes tomadas durante a vida toda, esperando para ver o que o destino reserva, pois muitas vezes ele é imprevisível e ingrato.” (aluna, 23 anos)

Outras trazem claramente a preocupação com aparência, com a modificação física, a perda da beleza:

“Em primeiro lugar, é a chegada de terríveis rugas e das doenças da idade. Em segundo, é passar por várias experiências boas e ruins, é ter trabalhado bastante e agora poder desfrutar.”(aluna, 23 anos)

“Significa perder a agilidade física, o corpo diminui suas funções, adquiri características corporais indesejáveis da evolução do tempo, inevitáveis a qualquer um.” (aluna, 22 anos)

“Envelhecer é um processo natural na vida de todos indivíduos, faz parte do desenvolvimento físico, emocional e intelectual do ser humano. É visto, entretanto, como algo negativo por uma grande porcentagem de pessoas, pois acarreta em ‘piora’ do estado físico como aparecimento de rugas, aumento de peso, queda de cabelo, etc, além de problemas funcionais que impedem o desenvolvimento das atividades da vida diária como problemas de deambulação, incontinências (urinária e anal), perda de audição, de visão, etc. Este processo relacionado com suas características pode também acarretar problemas emocionais e diminuir a qualidade de vida do indivíduo.” (aluna, 21 anos)

- O que é uma Pessoa Velha:

- Ter Sabedoria
- Relacionado ao “Estado de espírito”
- Apresenta Mudanças Físicas e Psicológicas

Nas respostas sobre o que é uma pessoa velha, novamente encontramos a categoria Sabedoria de forma predominante com destaque evidente. A segunda categoria que mais aparece é Estado de Espírito. De forma clara e pontual a interpretação de que ser velho não está diretamente relacionado com a idade cronológica e sim com seu modo de pensar, de fazer, de viver, com seu “estado de espírito”. Aparece na seqüência a categoria Mudanças Físicas e Psicológicas, novamente enfatiza mais as perdas que as aquisições.

A categoria Sabedoria:

“Uma pessoa velha é uma pessoa sábia, que dever ser respeitada entre todos, tem muito a ensinar aos mais novos por toda sua experiência de vida, muitas vezes as pessoas mais

velhas são desprezadas, mais se elas recebem seu verdadeiro valor, poderiam contribuir muito para a sociedade.” (aluna, 24 anos)

“Para mim pessoa velha são muitas palavras: conhecimento, experiência, vivência, ensinamento...” (aluna, 22 anos)

“Uma pessoa sábia, com muitos vícios, com poucas e novas oportunidades de mudança na vida.” (aluna, 19 anos)

“Uma pessoa velha é mais sábia, com mais experiência sobre a vida, mas também mais nervosa” (aluna, 20 anos)

“Uma pessoa velha é alguém mais experiente e sábio, e também alguém geralmente com mais problemas de saúde, mais frágil, que necessita de mais atenção, mas que não deve ser visto como alguém inútil” (aluna, 20 anos)

“É uma pessoa que adquiriu muitos conhecimentos através de experiências vividas e que passa esses conhecimentos as suas novas gerações.” (aluno, 23 anos)

Respostas que enfatizam a categoria Estado de Espírito:

“Acho que velhice é estado de espírito. Na profissão que vou me formar, considera-se velho a pessoa acima de 65 anos. Porém conheço jovens de 80 anos e velhos de 16.”
(aluna, 22 anos)

“Pessoa velha é aquela que possui espírito velho, ultrapassado e ausência do dinamismo. Envelhecer não é ficar velho pois velho é o espírito, a falta de otimismo e vontade de viver.” (aluna, 22 anos)

“Depende do ponto de vista, existem pessoas velhas de espírito (desistiram de viver, de aprender), e pessoas velhas de idade (com mais de 70 anos). Acabo de me conscientizar que é difícil dizer o que é velho, visto meu avô, por exemplo, tem 75 anos e é um atleta, capaz de ter mais saúde que muito jovem.” (aluna, 21 anos)

“Pessoa velha é quando já se tem uma idade avançada, mas para mim não existe pessoas velhas e sim espíritos velhos, uma vez que há muitos jovens que já se sentem velhos, e idosos que tem energia de jovem.” (aluna, 24 anos)

“Uma pessoa só é velha quando ‘pensa’ como velho. Tudo que poderia estar fazendo não faz por se achar velho demais. Existem muitas pessoas (que eu conheço) que, apesar de estarem chegando aos 70 anos acham-se mais jovens e mais dispostas que jovens atuais”
(aluna, 30 anos)

“Para mim uma pessoa velha não é necessariamente um senhor de 80 anos, pode ser um jovem de 20 anos que não têm ânimo, força para viver a cada dia, sua auto-estima está abaixo daquilo que ele é, pois aquilo que o homem pensa, ele será.” (aluno, 20 anos)

“Uma pessoa velha é aquela que não necessariamente têm mais de 60 anos, mas sim uma pessoa que tem cabeça de uma pessoa antiga, que se comporta como uma inútil.” (aluna, 26 anos)

Ainda na categoria Estado de Espírito, respostas que, ser uma pessoa velha, está relacionado à improdutividade, tristeza, melancolia, limitações e finitude:

Psicologicamente, uma pessoa velha é aquela que, independente de sua idade, é incapaz de ver perspectivas e novos objetivos em sua vida, quase que por estar vislumbrando a morte.” (aluno, 23 anos)

“Seria uma pessoa que está completando o ciclo de vida, estando no último estágio desta. As pessoas velhas geralmente têm uma experiência de vida maior que as pessoas de outras faixas etárias, portanto experiência é algo que pode ser associado as pessoas velhas.”(aluna, 22 anos)

“É uma pessoa que já não têm vontade de ‘viver a vida’. Que já não enxerga a beleza e a magnitude de estar vivo.” (aluna, 22 anos)

“Aquele tipo de pessoa que se fecha para tudo e para todos, não sabe aproveitar os aprendizados da vida e somente lamenta.” (aluna, 24 anos)

“Uma pessoa velha seria aquela que além de acumular em seu corpo marcas do tempo, é aquela que também deixa ressaltar em si uma mentalidade nostálgica, melancólica, que não sabe valorizar o momento em que vive, descobrir novos horizontes que a idade e a maturidade lhes proporciona, rendendo-se as limitações de seu corpo.” (aluna, 22 anos)

“Uma pessoa velha é aquela que se fechou para novas experiências, não quer mais aprender, e só sabe reclamar da vida e se arrepende dos atos do passado.” (aluna, 21 anos)

“Seria uma pessoa que embora já seja idoso, perde a vontade de viver” (aluna, 22 anos)

“Pessoa velha para mim é aquela pessoa que não possui brilho, que não soube aproveitar um dia de sol, não olha o lado positivo das coisas, está sempre de mau-humor.” (aluna, 22 anos)

O mito que as pessoas velhas são implicantes, ranzinzas, que reclamam, não aceitam mudanças, possuem manias e outros, também aparece com frequência nas respostas.

“Uma pessoa ranzinza, pois não significa que não se pode fazer nada, o espírito e a mente têm de se manter ativos.” (aluna, 25 anos)

“Uma pessoa velha é aquela que reclama de tudo e de todos, que não tem sonhos, que está sempre cansada pra viver; que não gosta de sair de casa, viajar, que não faz planos, que não namora, que não toma cerveja com os amigos; que não quer mais estudar, porque já passou da idade. Uma pessoa velha é aquela que não toma chuva com medo de resfriado, que não anda de moto...” (aluna, 23 anos)

“Não é preciso ser avançado em idade para ser velho. Pessoa velha que reclama de tudo”. (aluna, 22 anos)

“Seria uma pessoa com dificuldades em aceitar idéias novas e possui mal-humor constante. É uma pessoa que possui limitações.” (aluna, 33 anos)

“Uma pessoa velha significa experiência, pois seus longos anos de vida lhe proporcionaram conhecimentos. Para mim, além de ser uma pessoa velha aquela que

apresenta mais idade, também é velha, aquela pessoa que não se diverte, que é irritada todo tempo, que só reclama, etc, por mais que muitos idosos nem sempre apresentem essas características descritas, uma pessoa jovem que tenha estes adjetivos, é considerada velha para mim.” (aluna, 19 anos)

“É aquela que ‘parou no tempo’, não evoluiu, gosta das coisas do jeito que aprendeu e não aceita mudanças” (aluna, 22 anos)

A categoria Mudanças Físicas e Psicológicas com relação o que é ser uma pessoa velha, as respostas evidenciam mais os aspectos negativos (improdutividade, limitações). Embora em número inferior, alguns alunos citam pontos positivos nessas mudanças.

“Uma pessoa velha é uma pessoa que não pode mais realizar suas atividades. Com fragilidades no organismo e que depende de outras pessoas para atender suas necessidades básicas.” (aluna, 29 anos)

“Uma pessoa velha que tem os órgãos e tecidos envelhecidos, perde a visão, a audição” (aluna, 18 anos)

“Uma pessoa velha é aquela que devido o passar dos anos tem o corpo enfraquecido, ‘envelhecido’. Porém, esta pessoa adquiriu com o decorrer dos anos, experiência. Assim, uma pessoa velha é muito mais do que um corpo cansado e dependente, muitas vezes precisa da ajuda de outros para exercer suas atividades e necessidades, mas um depósito de sabedoria e vivência.” (aluna, 20 anos)

“Alguém na qual o processo degenerativo já instalou de uma forma que a incapacita para desenvolver certo número de atividades. Dependente.” (aluno, 28 anos)

“É uma pessoa com limitações (físicas e emocionais), com experiência de vida e que pode e deve transmitir seus conhecimentos aos mais jovens.” (Aluna, 21 anos)

“Seria uma pessoa que já não tem capacidade para produzir por estar debilitada, torna-se dependente do outro para realizar suas atividades” (aluna, 25 anos)

“Uma pessoa que não tem mais a capacidade vital que tinha quando jovem. Tem sinais que demonstram sua idade, como rugas de expressão, flacidez cutânea, etc.” (aluna, 27 anos)

“Uma pessoa sadia, alegre, disposta. Uma pessoa que fornece bons conselhos quando solicitado; uma pessoa que brinca com os netos, que leva eles para passearem no final de semana; enfim uma pessoa de bem com a vida.” (aluna, 24 anos)

“É uma pessoa que na realidade já realizou muitas coisas pela vida, mas ainda poderá fazer o que quiser, ou seja, poderá realizar sonhos que não foram concretizados.” (aluna, 22 anos)

“Uma pessoa velha acima de 60 anos de idade. Porém, uma pessoa velha não significa uma pessoa inválida, inútil, que só atrapalha e não serve para nada, uma pessoa velha, só possui mais anos de vida que as jovens.” (aluna, 21 anos)

“Uma pessoa velha seria, uma pessoa com vários anos de idade, feliz e com muita

sabedoria; que está disposta a compartilhar seus conhecimentos e nos ajudar a descobrir o mundo” (aluna, 21 anos)

“Que está aposentada, livre das rotinas do trabalho e que pode usar melhor seu tempo”
(aluna, 25 anos)

Algumas respostas demonstram sentimento de carinho, de afeto, de preocupação com a tendência da valorização do idoso.

“Uma pessoa velha é uma pessoa especial que merece todo carinho e atenção nesta fase de sua vida, pois normalmente encontra muitas dificuldades para realizar suas tarefas, e mesmo quando é uma pessoa sadia que vive normalmente a pessoa idosa merece todo respeito dos demais devido a toda a sua experiência da vida.” (aluna, 21 anos)

“Para mim uma pessoa velha tinha que ter orgulho de si mesma, orgulho de seus caminhos percorridos, de suas vitórias, perdas e aprendizado. E devia ser respeitada e amada, pois em cada ruga, em cada sinal de envelhecimento há uma história de vida.”
(aluna, 19 anos)

“É a pessoa vivida, é aquela pela qual temos respeito, é aquela que pedimos conselhos nos momentos de dúvida, é aquela que admiramos e que queremos cuidar.” (aluna, 23 anos)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora existam estudos voltados para as potencialidades e limites no curso de vida (*life-span*), e que estes abram fronteiras para o envelhecimento com qualidade de vida, um envelhecimento bem-sucedido, desmistificar as generalizações parece-nos difícil. A idéia de velhice e envelhecimento associada à degeneração do corpo, doença, incapacidade e improdutividade entre outros, nos pareceu ainda impregnada no modo de pensar de maneira bastante evidente nessa pesquisa. São mitos e estereótipos que se fazem presente na maioria das respostas.

A interpretação de que ser velho é ser sábio, experiente, ter conhecimento predomina nas respostas de maneira marcante. Parecer-nos ser o aspecto positivo mais presente no olhar desses alunos. As respostas expressam também inquietações e temores em relação a essa fase da vida: a velhice.

Algumas respostas, em menor número, enfatizam o envelhecimento como uma fase boa da vida, podendo esse significado estar relacionado a experiências positivas desses alunos com pessoas idosas.

Em relação à categoria Estado de Espírito, percebemos que esses alunos não relacionam a velhice com a idade cronológica e sim com as manifestações de ordem psicológica. Está de acordo com o estudo do BLSA quando Hayflick (1997, p.133) cita:

“encontraram pessoas com 80 anos extraordinariamente ‘jovens’ e pessoas com 40 anos extraordinariamente ‘velhas’”.

Os significados de envelhecimento e velhice estão relacionados com crenças adquiridas no cotidiano, através das relações sociais. As expressões e termos utilizados nas frases mostram uma suscetibilidade a fatores principalmente culturais, experiências relacionadas com a história de vida de cada aluno, das relações e interações que foram construídas nas famílias, no convívio com idosos e grande parte incorporadas por influência da mídia. De modo geral, as respostas identificam que, para a maioria desses alunos, envelhecer é entre as fases do desenvolvimento, a pior.

O entendimento mais elaborado sobre fatores que influenciam no envelhecimento e velhice como: história de vida de cada indivíduo, os cuidados com a saúde, hábitos saudáveis, a prática de determinadas ações, as compensações, situação socioeconômica; aparecem em poucas e fragmentadas respostas.

Não encontramos diferenças nas respostas dos alunos dos diferentes anos. As crenças e mitos com relação à velhice e envelhecimento, permearam do 1º ao 4º ano. O curso de enfermagem parece não influenciar na construção/mudança dos significados, no decorrer dos quatro anos.

A atribuição prévia de que ser velho é ter dependência física, associar os efeitos do envelhecimento a doenças, considerar a velhice como fase de declínio, improdutividade, afastamento e impossibilidade de desenvolvimento, é desconsiderar as circunstâncias históricas como determinantes de estilos de vida. Ao considerar todos os idosos como uma categoria homogênea, sem levar em conta condições diversas que interferem no processo do envelhecimento, traduz-se em posturas e atitudes nas práticas profissionais, que são de importante relevância para a sociedade.

A Educação tem um papel essencial no processo de re-significação do idoso quando

possibilita a aceitação e respeito nos grupos de convivência, a sua (re) integração na sociedade. A Educação deve preparar os estudantes para o entendimento que o idoso pode ser perfeitamente capaz de aprender, de ensinar, de desenvolver, de criar, de retomar atividades, de realizar-se. Deve prepará-los para compartilhar experiências, compreender outras linguagens, desmistificar verdades consolidadas, mitos. A construção de novas idéias e novos significados sobre o envelhecimento valoriza os idosos, torna-o significativo, possibilitando que estes refaçam caminhos e construam outros novos.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA-ORJUELA, G.M. O uso da televisão como fonte de informações sobre a velhice: fatos e implicações. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Orgs). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999. p.179-222.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo:Edições 70, 1977. 223p.
- BALTES, P. B.; REESE, H. W.; LIPSITT, L. P. Life-Span Developmental Psychology. **Annual Review of Psychology**, v. 31, p. 65-110, 1980.
- BALTES, P.B.; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P.B.; BALTES, M. M. (eds) **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge, 1990.
- BALTES, P.B. Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, v.23, p. 611-626, 1987.
- BALTES, P.B. Envelhecimento Cognitivo: Potencialidades e Limites. Artigos de Revisão, **Gerontologia**, v. 2, n.1, p.23-44, 1994.

BALTES, P. B.; LINDEMBERGER, U.; STAUDINGERN, U. M. Life-span theory in developmental psychology. In: Lerner, R.M. (Ed.). **Handbook of child psychology: vol. 1. Theoretical models of human development**. 5 ed. New York: Wiley, 1998. p.1029-1143.

BEAVOUIR, S. **A velhice**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970. 136p.

BEE, H. Mudanças físicas e cognitivas na velhice; Desenvolvimento social e da personalidade na vida adulta tardia. In: _____. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.515- 581.

BENGSTON, V. L.; RICE, C. R.; JOHNSON, M. L. **Handbook theories of aging**. Capítulo 1, Theories of Aging- V.L.Bengston & K. Warner Schaie, Eds. p.3-19, 1999.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Orgs.). **Velhice e Sociedade**. Campinas:Papirus, p.11-40, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética humana - compaixão pela terra**. Petrópolis:Vozes, 1999. 185p.

CAMARANO, A. A. et al. Idoso Brasileiro: dependente da família. In: **Como vai? População Brasileira**. Brasília, ano IV, n. 1. – IPEA. p.3-11, 1999.

CARNEIRO, E. F. **A Faculdade de Medicina de Sorocaba e os 50 anos de sua História**. Sorocaba:Grafilínea, 1999. 248p.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos?: um estudo sobre professores da Universidade da Terceira Idade**. Campinas:Alínea, 2003. 262p.

CAPITANINI, M. E. S. **Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosos vivendo sós**. 2000. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Instituto de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CAPITANINI, M. E. S. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas:Papirus, 2000. p.69-80.

CARTENSEN, L. L. Motivação para contato social ao longo do curso de vida: Uma teoria de seletividade socioemocional. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas:Papirus, 1995. p.111-144.

CRUZ Vermelha. Disponível em: <<http://www.cvb.org.br>>. Acesso em: ago. 2005.

DAMASCENO, B. P. Trajetórias do envelhecimento cerebral: o normal e o patológico. In: NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento**. Campinas:Papirus, 2001. p.61-72.

DEBERT, G.G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Orgs.). **Velhice e Sociedade**. Campinas:Papirus, 1999. p.41-68.

DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: **Antropologia e Velhice**. DEBERT, G.G. (Orgs.). Textos Didáticos. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, n° 13, p.7-30, 1994.

DEBERT, G.G.; SIMÕES, J. A. A aposentadoria e a invenção da terceira idade. In: **Antropologia e Velhice**. DEBERT, G.G. (Org). Textos Didáticos. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, n° 13, p.31-48, 1994.

DIOGO, M. J. D. **Qualidade de vida na terceira idade**. In: JORNADA DE ENFERMAGEM DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, 1., 11-05-2005, Sorocaba, SP.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. Tradução de Aparecida Yoshie e Ana Thorell, 5ª ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 2005. p.19- 91.

ERIKSON, E. H. **Infância e Sociedade**. 2ª ed. Rio de Janeiro:Zahar Editores, 1971. p.175-248.

ERIKSON, E. H. **O Ciclo de Vida Completo**. Versão ampliada. Tradução Maria Adriana V. Veronese. Porto Alegre:Artes Médicas Sul, 1998. 111p.

FORETTE, F. **A revolução da longevidade**. Tradução Marina Jacob. São Paulo: Globo, 1998. 186p.

FRANÇA, L. Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: alternativas para uma sociedade de transição**. Rio de Janeiro:Relume- Dumará;UERJ;UnATI,1999. p.11-34.

FREIRE, S. A. **Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade**. 2001. 161f. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

FREIRE, S.A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.;

FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas:Papirus, 2000. p.7-19.

FREIRE, S.A.; RESENDE, M. C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A.L.

(Org.). **Maturidade e velhice** - Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas:Papirus, 2001. p.71-97.

GARDENAL, C. L. C. **Da história às falas dos egressos: currículo de enfermagem - um outro olhar**. 1996. 202f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,São Paulo, 1996.

GUERREIRO, T.; RODRIGUES, R. Envelhecimento bem-sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. In: VERAS, R. P.

Terceira idade: alternativas para uma sociedade de transição. Rio de Janeiro:Relume-Dumará;UERJ;UnATI, 1999. p.51-71.

HAYFLICK, L. O estudo longitudinal de Baltimore sobre o envelhecimento.

In_____ **Como e porque envelhecemos**. Tradução Ana Beatriz Rodrigues e Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro:Campus, 1997. cap. 9, p.129-140.

HISTÓRIA da Enfermagem. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br>>.

Acesso em mar. 2005.

JAGUARIBE, H. et al. Brasil, 2000; para um novo pacto social (pesquisa do IPES).

Revista de Estudos Políticos e Sociais. Rio de Janeiro, 1986. p.14-22.

LÉGER, J. M.; TESSIER, J. F.; MOUTY, M.D. **Psicopatologia do envelhecimento -**

Assistência às pessoas idosas. Tradução Antonio Carlos de Oliveira Corrêa. Petrópolis:

Vozes, 1994. 296p.

LUNARDI, V. L. Relacionamento enfermagem, gênero e formação disciplinar. **Revista**

Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 286-295, jul./dez. 1993.

MEDEIROS, S.L. Saúde e qualidade de vida na opinião dos idosos. **Gerontologia 2**, v. 1,

p. 7-12, 1994.

MELLO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

94p.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social envelhecimento e qualidade de vida**. Tradução

Nara C. Rodrigues. São Paulo:Paulinas, 1997. p.07-180.

MOTTA, L. B.Repercussões médicas do envelhecimento. In: VERAS, R. **Terceira idade:**

alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro:Relume-

Dumará;UERJ;UnATI, 1999. p.107-124.

NERI, A.L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas:Papirus, 1993.p ?

NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia

e em sociologia. In: _____. **Desenvolvimento e envelhecimento. Perspectivas**

biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas:Papirus, 2001. p.11-39.

NERI, A.L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In:

NERI, A L. (Org.). **Maturidade e Velhice. Trajetórias individuais e socioculturais**.

Campinas: Papirus, 2001. p.11-52.

- NERI, A. L. **Palavras-chaves em Gerontologia**. Campinas:Alínea, 2001. 136p.
- NOGUEIRA, E.J. **Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários**. 2001. 117f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- OLIVEIRA, P. S. Os velhos, as crianças; Sujeitos criadores. In: _____. **Vidas Compartilhadas –cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana**. São Paulo:Hucitec, 1999. p.17- 64.
- OKUMA, S.S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. 1997. 198f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PACHECO, M. B. **A instituição da interdisciplinaridade na enfermagem da Pontifícia Universidade Católica: Campus Sorocaba**. 2003. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2003.
- PRAZERES, C. T.; MOZER, J. F. **Fundamentos de Enfermagem**. 2ª ed. Sorocaba:CCMB PUC/SP, 1994. 181p.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. Brasil:1500 a 1930**. São Paulo:Cortez, 1989. 156p.
- SANTANA, C. S. **Temporalidade e velhice: relatos do resgate e da redescoberta do tempo**. 2001. 289f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura. Um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas:Alínea, 2003. 215p.
- SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas:Papirus, 2001. p.73-112.

SIMÕES, J. A. A previdência social no Brasil: um histórico. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. (Orgs.). **Velhice e Sociedade**. Campinas:Papirus, 1999. p.87-112.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001.84f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Educação, Campinas, 2001.

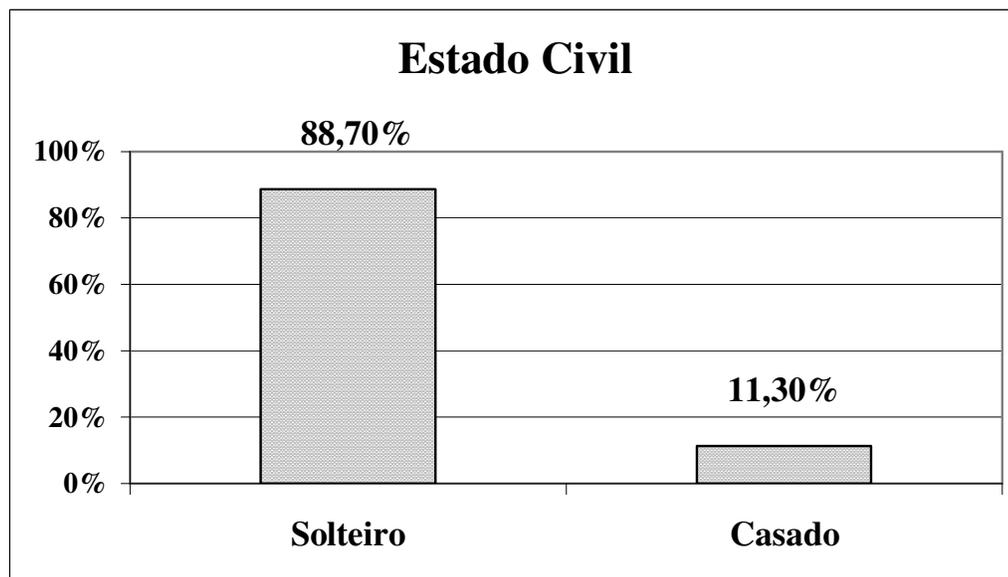
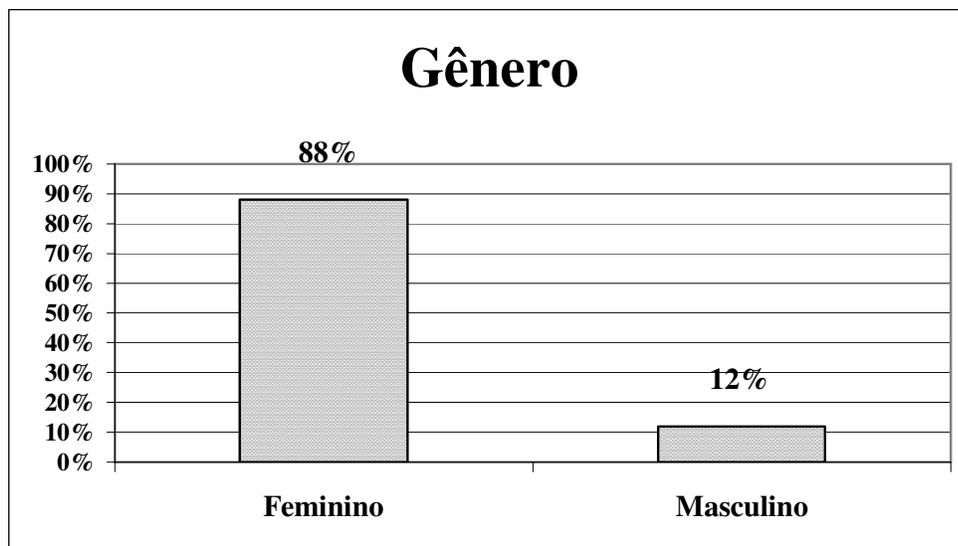
SOMMERHALDER, C.; NOGUEIRA, E. J. As relações entre gerações. In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas:Papirus, 2000. p.101-112.

VERAS, R. P. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: _____. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro:Relume-Dumará;UERJ;UnATI, 1999. p.35-50.

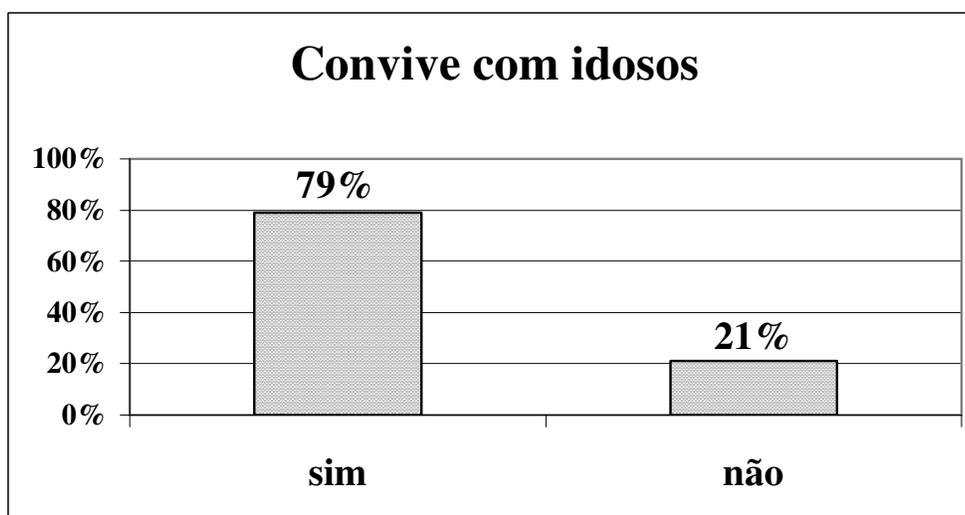
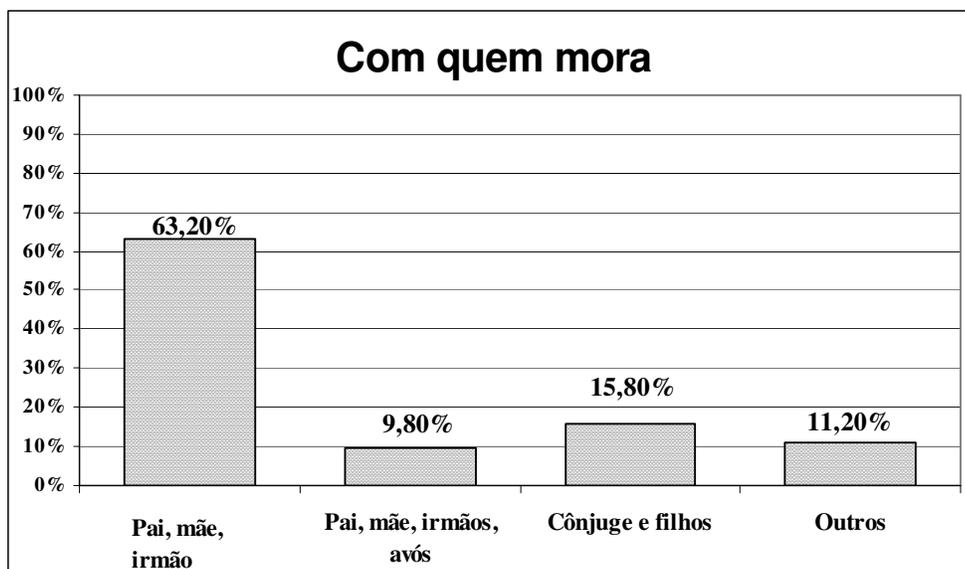
ZUBEN, N. A. Envelhecimento: metamorfose de sentido sob o signo da finitude. In: NERI, A.L. (Org.). **Maturidade e Velhice**. Campinas:Papirus, 2001. p.151-182.

ANEXOS

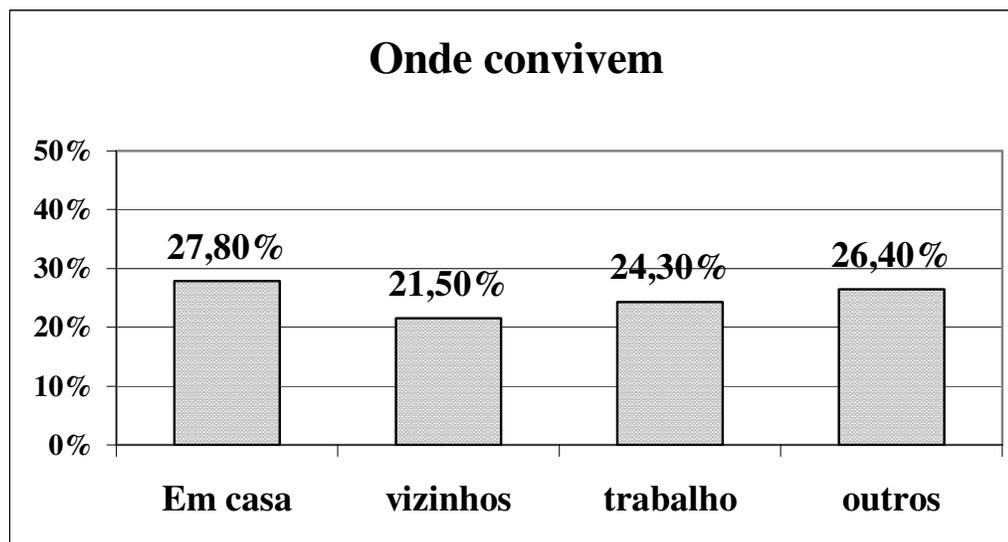
ANEXO A - 2005



ANEXO B - 2005



ANEXO C - 2005



ANEXO D

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Centro de Ciências Médicas e Biológicas
Praça Dr. José Ermirio de Moraes, 290 – CEP. 18030 – 230 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212 – 9900 – Telefax (015) 3212 – 9879 – Caixa Postal 1570
Hospital Santa Lucinda
Rua Cláudio Manoel da Costa, 57 – CEP – 18030 – 210 – Sorocaba – S.P.
Telefax (015) 3212-9900, Telefax (015) 3212-9837/9935 – Caixa Postal 1570

Sorocaba, 13 de outubro de 2005.

Ilma. Sra.
Profª. Cássia Maria Hilkner Silva
Pesquisadora responsável

Ref: **APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA E EMENDAS**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba-PUC/SP informa que aprovou “ad referendum” em **13.10.05**.

Projeto de pesquisa: “**Significado de velhice e envelhecimento para alunos de Enfermagem**”, “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Atenciosamente.


Prof. Dr. José Augusto Costa
Presidente do Comitê de Ética
em Pesquisa
CCEMB - PUC/SP

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO

SIGNIFICADO DE VELHICE E ENVELHECIMENTO PARA ALUNOS DE ENFERMAGEM

Eu, _____, R.G. nº _____, concordo e autorizo minha participação voluntária para a pesquisa com o título acima citado, a qual tem como objetivo conhecer as percepções, imagens e representações em relação à velhice e envelhecimento para alunos de enfermagem de Instituições de nível superior.

Fica claro que a participação é isenta de despesas ou compensações pessoais para os participantes em qualquer fase dessa pesquisa. O aluno poderá interromper a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo de qualquer benefício que possa ter adquirido. Os documentos serão utilizados para pesquisa a qual poderá vir a ser publicada.

Pesquisadora: Cassia Maria Hilckner Silva, sito a rua Dr. Virgílio de Mello Franco, nº277, bairro Trujilo, CEP nº 18.060-260, telefone 15-32333751.

Esclarecimento:

Essa pesquisa é de caráter qualitativo e o referencial teórico a ser utilizado é LIFE-SPAN (curso de vida) que permite entender os ganhos e perdas durante as fases da vida e que estas são distintas em diferentes contextos históricos, sociais e culturais.

Nome

R.G.

Assinatura

Aluno: _____

Testemunha: _____

Pesquisador: _____

Esse documento será emitido em duas vias, ficando uma via de posse do pesquisador e outra do aluno.

ANEXO F

Sorocaba, ___/___/2005

I-IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome (iniciais)_____ Idade_____ Gênero ()F ()M Estado Civil_____

Curso_____ ano _____ Setor do estágio atual_____

Trabalha : sim () não () Tempo: _____

Local/Setor_____

Com quem mora?

Pai () mãe () irmão () avô () avó () cônjuge () amigos () filhos ()

Sozinho () outros () _____

Convive com idosos? () sim () não

() no trabalho () em casa () na vizinhança

() outros lugares : especificar _____

II- RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO:

1- Para você, o que significa envelhecer?

2- O que seria uma pessoa velha ?